



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



FERNANDA MONTEIRO DE CASTRO BHONA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE
MULHERES: UM ESTUDO TRANSVERSAL POR AMOSTRAGEM NA
CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG.**

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Marcel de Toledo Vieira

JUIZ DE FORA

2011

FERNANDA MONTEIRO DE CASTRO BHONA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE
MULHERES: UM ESTUDO TRANSVERSAL POR AMOSTRAGEM NA
CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Fernanda Monteiro de Castro Bhona.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Marcel de Toledo Vieira

JUIZ DE FORA

2011

Bhona, Fernanda Monteiro de Castro.

Violência doméstica e consumo de álcool entre mulheres : um estudo transversal por amostragem na cidade de Juiz de Fora - MG / Fernanda Monteiro de Castro Bhona. – 2011.

81 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Violência doméstica. 2. Mulheres - Consumo de bebidas alcoólicas.
I. Título.

CDU 343.5

FERNANDA MONTEIRO DE CASTRO BHONA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE
MULHERES: UM ESTUDO TRANSVERSAL POR AMOSTRAGEM NA
CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia por
Fernanda Monteiro de Castro Bhona.

Dissertação defendida e aprovada em cinco de dezembro de dois mil e onze, pela banca
constituída por:

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Universidade Federal de Juiz de Fora

Presidente: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Titular: Prof.Dr. Maycoln Leoni Martins Teodoro

Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Lelio, pela confiança em mim depositada, sempre.

Ao meu co-orientador, Marcel, pela paciência e pelas palavras, invariavelmente tranquilizadoras.

À Carla, pela oportunidade de parceria tão prazerosa e cheia de aprendizado e amizade.

À professora Ana Noto, pelas contribuições valiosas.

À toda equipe de pesquisadoras de campo, pelo trabalho e pela dedicação.

A minha família, pelo apoio incondicional diante deste e de tantos outros projetos.

À minha querida irmã, Adriana, pela paciência e ajuda todas as vezes em que precisei.

Ao Bernardo, pelo incentivo carinhoso.

Às mulheres que participaram da pesquisa e a todos que, de alguma maneira, forneceram as informações necessárias para que fosse possível a elaboração deste trabalho.

Aos órgãos de fomento, FAPESP (processos n°: 2010/51094-7e n°: 10/518370) e CNPQ (processo n°400675/2010-2), pelos recursos, imprescindíveis à realização da pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO

Apesar da evidente associação entre o consumo de álcool e episódios de violência doméstica, ambos os fenômenos são complexos e carecem de investigação acerca da forma como estão associados. A presente pesquisa, de caráter observacional, transversal, por meio de um levantamento domiciliar por amostragem probabilística entre mulheres adultas, investigou a associação entre episódios de violência doméstica (entre o casal e também direcionada aos filhos) e os padrões de consumo de álcool entre mulheres num bairro de baixa renda da cidade de Juiz de Fora. Foram entrevistadas 480 mulheres com idade entre 18 e 60 anos, as quais responderam um questionário sócio-demográfico, um instrumento de rastreio para o consumo de álcool, AUDIT, e duas escalas de violência doméstica CTS2 e CTSPC. Os dados colhidos foram analisados através do software estatístico SPSS. Para verificar a associação entre as variáveis foram utilizados testes de Qui-quadrado de Pearson. Os resultados apontaram prevalência de consumo de álcool de risco entre mulheres de 7.8%. A prevalência de violência psicológica praticada pelas mulheres contra os filhos foi de 90%, e contra o parceiro atingiu 70%. Já a violência física direcionada aos filhos atingiu 77%, sendo de 24% a prevalência desse tipo de agressão contra o parceiro. Associações estatisticamente significativas entre o consumo de álcool da mulher e violência foram observadas em comportamentos de violência física severos: maus tratos direcionados aos filhos, e vitimização física da mulher pelo parceiro.

Palavras-chave: violência doméstica, consumo de álcool, mulheres.

ABSTRACT

Despite the clear association between alcohol consumption and domestic violence episodes, both phenomena are complex and require research on how they are associated. This observational transversal research, using a probabilistic sample household survey among adult women, investigated the association between episodes of domestic violence (between the couple and also directed to children) and patterns of alcohol consumption among women in low-income neighborhood of Juiz de Fora city. A sample of 480 women aged between 18 and 60 years were interviewed, which answered a sociodemographic questionnaire, a screening instrument for alcohol consumption, AUDIT, and two scales of domestic violence CTS2 CTSPC. The collected data were analyzed using the SPSS statistical software. To investigate the association between variables were used Pearson's chi-square test. Results showed the prevalence of risky alcohol consumption among women of 7.8%. The prevalence of psychological violence perpetrated by women against children was 90%, and against his partner reached 70%. And physical violence directed at children has reached 77%, being 24% the prevalence of this type of aggression against the partner. Statistically significant associations between alcohol consumption of women and violence were observed in severe physical violence behaviors: abuse directed at children and women physical victimization by their partners.

Keywords: domestic violence, alcohol consumption, women.

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS

I- INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1- O ESTUDO TEÓRICO DA VIOLÊNCIA	01
CAPÍTULO 2- VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	09
CAPÍTULO 3- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR	12
3.1. Violência entre parceiros íntimos	15
3.2. Violência direcionada aos filhos (contra crianças e adolescentes)	17
CAPÍTULO 4- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS	21
4.1. Consumo de álcool e violência doméstica	26
4.2. Questões de gênero	30

II- MÉTODOS

CAPÍTULO 5- A PESQUISA	33
5.1. Objetivos	35
5.1.1. Objetivo geral	35
5.1.2. Objetivos específicos	35
5.2. Desenho	36
5.3. População e cálculo amostral	38
5.4. Coleta de dados e treinamento da equipe	41
5.5. Estudo piloto	44
5.6. Questões éticas	45
5.7. Instrumentos de coleta de dados	46
5.8. Processamento e análise dos dados	48

III- RESULTADOS	49
-----------------	----

IV- DISCUSSÃO	56
---------------	----

V- REFERÊNCIAS	63
----------------	----

ANEXOS	70
--------	----

LISTA DE ABREVIATURAS	84
-----------------------	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 : Carta de apresentação

ANEXO 2 : Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora

ANEXO 3: Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

ANEXO 4: Folheto informativo: Guia de Serviços e Auxílio à Saúde da Mulher

ANEXO 5: Folheto informativo: Bebidas Alcoólicas

ANEXO 6: Questionário sócio-demográfico

ANEXO 7: *The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*

ANEXO 8: *Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*

ANEXO 9: *Parent-Child Conflict Tactics Scales- CTSPC*

CAPÍTULO 1- O ESTUDO TEÓRICO DA VIOLÊNCIA

De acordo com Yves Michaud (1989):

Há violência quando, em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais. (p.10)

Em sua origem, o termo violência diz respeito à noção de força, uso da superioridade física sobre o outro. De causalidade complexa, o fenômeno relaciona-se a costumes e normas sociais que podem aprová-lo ou desaprová-lo, de acordo com épocas, locais e circunstâncias (Minayo, 2005). Sua presença, tanto quanto seu estudo teórico não são recentes na história da humanidade e em diversos campos do conhecimento.

Apesar de estarem frequentemente associadas, é possível distinguir as noções de agressividade e de violência. Contudo, a complementariedade que as caracteriza comumente dilui tais fronteiras, sendo possível verificar o uso indiscriminado dos dois conceitos.

Estudo de revisão teórica produzido por Kristensen, Lima, Ferlin, Flores e Hackmann (2003) indica que enquanto agressão diz respeito a uma disposição para agir, atacar, violência se refere a uma característica, qualidade de algumas formas extremadas de agressão. Stelko-Pereira e Williams (2010), dentre outras distinções apresentadas, também a partir de revisão teórica, apontam que a violência pode ser entendida como ato de agressividade excessivo, com intenção destrutiva. Porém, essas últimas autoras preferem tratar violência e agressão como expressões sinônimas, a partir do entendimento de que tais distinções apenas funcionam como forma de estabelecer alguma aceitação ou naturalização de certos comportamentos violentos.

Para dimensionar a complexidade de situações e comportamentos envolvidos no estudo da violência/agressividade, considera-se válido recorrer a Germano Sacarrão (1989), que bem caracterizou a questão. Segundo o autor, às vezes é socialmente justificada e nem identificada como tal, como é o caso da violência exercida pelo Estado.

Pode ser considerada sã expressão de vitalidade ou assassina e destrutiva quando o propósito se encerra nela mesma.

O conceito cobre múltiplos sentidos e o tema é demasiado complicado para ser tratado como um fenômeno único, pois nem as suas manifestações têm sempre a mesma causalidade (interna ou externa), nem seu significado para o indivíduo, para espécie ou para o grupo social é regularmente o mesmo. (p.16)

Apesar da dificuldade de estudo do fenômeno, diversos tipos de análises contribuíram para a sua compreensão, dentre elas a que se refere a sua finalidade. Assim, quando o comportamento violento é utilizado como meio para se atingir um objetivo, fala-se em agressividade instrumental; quando visa ferir, a partir de emoções como a raiva, é denominado de agressão hostil (Aronson, Wilson & Akert, 2002; Myers, 2000; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2009). A violência também pode ser classificada como benigna, quando puder ser enquadrada como parte de um esforço de autodefesa, ou maligna, ocasião em que prepondera a crueldade e a destrutividade, segundo delineado pelo psicanalista Erich Fromm (Sacarrão, 1989).

Mesmo considerando-se a relativa aceitabilidade dessas classificações e o fato de que a noção de violência não é de difícil apreensão (talvez por se tratar de algo relativo ao domínio das atitudes e condutas humanas que sempre estiveram presentes na história da humanidade), seu conceito e classificação não são uniformes (Veiga, 2004). O critério da intenção para caracterizar um ato como violento, ou seja, a necessidade de existir a intencionalidade de ferir ou causar dano a alguém, seja de forma direta ou indireta, é adotado por muitos autores (Myers, 2000; Aronson *et al.*, 2002; Rodrigues *et al.*, 2009). Porém, há divergências e discussões quanto a isso (Minayo, 2006; Sacarrão, 1989; Stelko-Pereira & Williams, 2010).

Stelko-Pereira e Williams (2010) problematizam a questão da intencionalidade para caracterizar o comportamento violento através de diversos aspectos. Apontam: a dificuldade de mensurar intenções; a possibilidade de haver mais de uma intenção em dada situação; as possíveis distorções no dimensionamento das conseqüências de uma ação; e também a possibilidade do ato violento não resultar em dano. Assim, concluem que a melhor compreensão envolve a análise situacional do ocorrido para todos os personagens envolvidos,

entendendo intenção como um conjunto de contingências e não como algo de uma esfera mental. Quais seriam as condições que

antecederam os comportamentos do autor, da vítima e da testemunha? Como cada um deles se comportou durante a situação problema? Quais seriam as conseqüências para cada indivíduo se o ato fosse considerado violento? Quais são os comportamentos respondentes envolvidos (no caso: medo, choro, alegria)? Quais conseqüências o autor do ato iria produzir ou produziu para si ? (p.59)

As teorias clássicas sobre agressão costumam ser agrupadas em três categorias gerais em alguns manuais de Psicologia Social (Aronson *et al.*, 2002; Myers, 2000; Rodrigues *et al.*, 2009). Assim, a agressão pode ser considerada intrínseca à natureza humana, ou pode ser entendida como uma resposta natural à frustração¹, impulso básico eliciado por condições externas. Por fim, também pode ser explicada através da aprendizagem, sendo, a partir dessa perspectiva, resultado de normas sociais, culturais e de experiências de socialização.

Empreendendo uma análise global, é possível e comum identificar ainda dois grandes grupos de abordagens teóricas que analisam a questão da agressividade humana de formas distintas: os que apresentam uma orientação cuja ênfase está na biologia, também chamados de inatistas (compreende as duas primeiras categorias apresentadas anteriormente); e os que focalizam os processos de determinação ambiental do comportamento agressivo, também chamados de ambientalistas (terceira categoria apresentada acima). Como representantes do primeiro grupo pode-se citar o etólogo Konrad Lorenz e a teoria psicanalítica do instinto/pulsão de Freud. No segundo grupo, situam-se os behavioristas de forma geral e, de forma mais específica, a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura. (Ribeiro & Sani, 2009; Sacarrão, 1989).

Dentre as limitações existentes nas diversas teorias, Sacarrão (1989) destaca a insuficiente sustentação científica do argumento central das teorias inatistas, bem como o problema social que promovem ao minimizarem a responsabilidade das pessoas frente às condutas violentas que manifestam. Além disso, argumenta que a complexificação das sociedades acompanha a escalada da violência, sendo interessante ressaltar que os valores competitivos da cultura ocidental evidenciam os aspectos agressivos dos seres humanos.

¹ A teoria da frustração-agressão, inicialmente proposta por Dollard, Miller e colaboradores (entre 1939/1941), sugere que a violência é uma resposta natural a situações de frustração. Essa teoria foi submetida a diferentes revisões, dentre as quais a mais conhecida foi realizada por Berkowitz, em 1969. (Álvaro, J.L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill)

Ainda no sentido de crítica às concepções inatistas, Sacarrão (1989) demonstra que o que se convencionou chamar de “agressividade animal” diz respeito a uma série de comportamentos adaptativos, conforme a complexidade que se observa nesses diferentes seres. No ser humano, a violência destruidora não deve ser atribuída a um suposto instinto de agressão herdado do animal. Deve ao contrário, segundo o autor, ser analisada à luz da humanidade do homem, humanidade que abarca a variabilidade individual, a sua enorme capacidade e necessidade de aprendizagem para viver em sociedade, bem como a sua imersão em diferentes contextos físicos e culturais.

Conforme essa perspectiva, de análise da violência à luz da conduta do homem, da sua variabilidade individual e da sua imersão/interação em sistemas sociais, será conferido maior destaque, a partir de agora, à explicação dos comportamentos violentos a partir da teoria social cognitiva de Albert Bandura.

Tal escolha teórica situa-se no contexto dos estudos da Psicologia Social, disciplina que se ocupa de problemas de relevância para a sociedade, tendo como um de seus temas clássicos o estudo da agressividade/violência. Essa ramificação da Psicologia dedica-se a entender e explicar os processos através dos quais as pessoas influenciam umas às outras, bem como busca compreender os problemas sociais de forma a promover qualidade de vida, construção e aplicação de conhecimentos (Neto, 2004).

Bandura (2008a) há cerca de 50 anos realizou experimento clássico sobre a aprendizagem do comportamento agressivo em crianças e vem desenvolvendo seu modelo teórico ainda nos dias atuais. A importância de sua abordagem situa-se não só na capacidade de descrever e explicar comportamentos agressivos, mas na possibilidade de promover modificações nos fatores que exercem influência determinante sobre os mesmos. Assim, o autor apresenta os determinantes modificáveis do comportamento humano (fatores cognitivos, ambientais e comportamentais), bem como especifica o processo de modelação, valioso na aquisição de condutas, mas também na efetivação de mudanças pessoais.

O princípio básico da teoria social cognitiva de Bandura é o reconhecimento da agência do seres humanos, termo que se refere à capacidade de “influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional” (Bandura, 2008a, p.15). Nessa perspectiva as pessoas são vistas como auto-organizadas, proativas, auto-reguladas e auto-reflexivas, realizando transações bidirecionais com a estrutura social. Segundo o autor,

rejeita-se o dualismo entre agência pessoal e sistemas sociais, como se estes últimos pudessem ser considerados de forma desconectada da atividade humana.

Em convergência com esse princípio, a concepção básica da natureza humana que fundamenta essa teoria é a de que o comportamento resulta de uma complexa interação entre fatores comportamentais, ambientais e cognitivos, os quais produzem efeitos probabilisticamente e não inevitavelmente (concepção denominada de determinismo recíproco, em oposição ao determinismo ambiental unidirecional das formas radicais de behaviorismo; e também em oposição às teorias que enfatizam a determinação pessoal de ambientes, teorizações humanistas e existencialistas (Bandura, 2008a).

É principalmente por meio de suas ações que as pessoas produzem condições ambientais que afetam seu comportamento de maneira recíproca. A experiência gerada pelo comportamento também determina, em parte, aquilo que os indivíduos pensam, esperam e conseguem fazer, o que, por sua vez, afeta seu comportamento subsequente (Bandura, 2008a, p.45, grifo nosso).

O autor, para destacar o papel das avaliações que as pessoas fazem acerca dos eventos, traz o exemplo do comportamento coercitivo na família, apontando que a coerção praticada por um membro desse grupo tende a evocar reações agressivas em outros membros. Dessa forma, pode-se entender a conduta de crianças agressivas, as quais poderão continuar ou até aumentar esse comportamento frente a punições imediatas, mesmo diante dessa consequência negativa de seus atos, a partir da esperança de que a persistência lhes conduza ao resultado desejado. Assim, Bandura afirma que o grau em que o comportamento é influenciado por efeitos momentâneos depende: das crenças sobre as próprias ações, do significado atribuído aos resultados e das expectativas acerca dos resultados de determinados cursos de ação (Bandura, 2008b).

Outra noção central nessa teoria se refere ao processo de modelação social, que pode ser sintetizado na seguinte afirmação: “as pessoas padronizam seus estilos de pensamento e comportamento segundo exemplos funcionais de outras pessoas” (Bandura, 2008a, p.16). A modelagem, que consiste na aprendizagem a partir de modelos (Costa, 2008), também chamada de aprendizagem vicariante, considera a possibilidade de se adquirir condutas através da observação, e não somente através dos efeitos dos próprios atos (conforme teria behaviorista).

Modelar não significa mimetizar, nem se opõe à criatividade. Envolve a observação, abstração de informações sobre a estrutura e princípios subjacentes à situação observada e a adaptação do comportamento (Bandura, 2008a).

Apesar de existirem fatores a serem analisados no que se refere à execução e aquisição de respostas agressivas a partir da observação de modelos violentos (tais como o tipo de relação estabelecida com o modelo; as conseqüências observadas da conduta modelada; características do observador e do modelo) estudo clássico de Bandura indicou que crianças imitam respostas agressivas a partir da mera observação de modelos neutros, sugerindo que apenas a observação pode ser condição suficiente para produzir o comportamento agressivo nas mesmas (Bandura, Ross & Ross, 1961).

Dessa forma, entende-se que o comportamento violento pode ser aprendido através da aprendizagem/modelagem social. Entretanto, é importante ressaltar que na concepção da teoria social cognitiva, sua reprodução/adoção em diversas situações depende de processos internos, também chamados de auto-referentes ou influências auto-geradas, os quais ocupam posição central nesse modelo teórico (Bandura, 2008a).

Para Bandura (Iglesias,2008), as pessoas desenvolvem um padrão de moralidade, desenvolvem auto-sanções para atos que obedeçam ou violem seus padrões pessoais, o que lhes serve como influência auto-regulatória. Desempenhos anteriores, através da auto-comparação e comportamentos de outras pessoas são usados para avaliação nesse processo que, quando afeta o bem-estar e auto-estima das pessoas, tende a ativar conseqüências pessoais.

Entretanto, tais padrões morais pessoais não são fixos, e existem mecanismos psicossociais através dos quais os mesmos são seletivamente desengajados da conduta desumana. Bandura propôs o conceito de desengajamento moral em 1977 (Iglesias, 2008) para descrever como as pessoas justificam a adoção de atos anti-sociais sem se auto-censurarem por isso. Nessa acepção, desengajar quer dizer desprender-se de padrões morais.

O desengajamento pode implicar na aceitação de práticas prejudiciais às pessoas, como o cometimento de atos violentos. Essa aceitação, ou desativação de padrões morais, aconteceria através de oito mecanismos (citados a seguir), que correspondem a avaliações ou julgamentos que as pessoas podem fazer acerca dos propósitos de suas ações, das suas conseqüências e do alvo das mesmas.

É fácil visualizar tais mecanismos quando se coloca como exemplo a conduta violenta. Acerca dos propósitos ou aceitabilidade das ações, é possível atribuir às mesmas finalidades válidas: 1) seja fornecendo uma justificativa moral, ou 2) comparando com um ato mais grave de forma a diminuir sua gravidade, ou ainda 3) nomeando-a de modo a atenuá-la (rotulação eufemística). As conseqüências dos atos também podem ser: 4) minimizadas, 5) ignoradas ou 6) distorcidas. As pessoas às quais a conduta é dirigida, no caso as vítimas, podem ser: 7) desumanizadas ou 8) culpabilizadas pelo dano sofrido. É através desses mecanismos que as influências auto-regulatórias são ativadas, situacionalmente (Bandura, 2008b; Iglesias, 2008).

Acerca dos aspectos culturais, Bandura (2008a) reconhece sua diversidade e dinamismo, considerando-se as suas múltiplas existências. Entretanto afirma que a aprendizagem observacional e os processos auto-regulatórios independem da cultura. Esta pode influenciar o que será modelado, os propósitos que adquirem em cada meio cultural ou sua estruturação nas sociedades, por exemplo.

A partir dessa breve introdução não se pretende esgotar todas as possibilidades teóricas de estudo da violência. Ao contrário, pretende-se apenas fornecer ao leitor um rápido indicativo acerca do interesse que o assunto desperta em diversos campos do conhecimento, sendo variadas as formas de abordá-lo. No presente trabalho será dada ênfase nas pesquisas atuais sobre violência e mais especificamente sobre a violência doméstica, a partir do referencial teórico da Psicologia Social.

Nesse sentido, é importante destacar, por fim, que alguns manuais de Psicologia Social (Aronson *et al.*, 2002; Myers, 2000; Rodrigues *et al.*, 2009) ao tratarem da agressividade/violência destinam tópicos específicos para fatores que sabidamente exercem influência nesse tipo de conduta. Assim, fatores situacionais, sociais, influências neurológicas, genéticas e bioquímicas são mencionadas sendo que, nesta última esfera, além da influência hormonal (mais especificamente a associação testosterona versus violência), o álcool costuma ser destacado.

A associação empiricamente verificável na sociedade entre crimes, brigas e violência com a embriaguez facilmente leva a idéias de causalidade. Entretanto, o que estudos de laboratório e de campo indicam é que o álcool atua como desinibidor. Dessa forma, as tendências básicas pessoais tendem a vir à tona a partir da influência do álcool, “de modo que as pessoas de temperamento afetuoso tornam-se mais afetuosas e as inclinadas para a

violência ficam mais agressivas” (Aronson *et al.*, 2002, p. 273). Myers (2000) destaca que o álcool reduz a autopercepção e a capacidade de avaliar conseqüências. Rodrigues *et al.* (2009) resumem que o consumo de álcool, tal como outras explicações de origem biológica (como o histórico evolucionista, a genética e o nível de atividade hormonal) deve ser entendido como variável moderadora da agressão humana, uma vez que contribuem para um nível de agressividade nos indivíduos, nível que determinará o tipo e a magnitude das respostas das pessoas aos estímulos do ambiente.

Em estudo de revisão sobre agressão entre parceiros íntimos e abuso de drogas, Moore *et al.* (2008) apresentam, de forma sintética, as principais teorias que relacionam esses dois fenômenos: o modelo tripartido de Goldstein, publicado em 1985, que considera três possíveis ligações entre violência e consumo de drogas (farmacológica, econômica e a teoria geral do desvio) e o modelo biopsicossocial.

A explicação farmacológica sugere que a agressão resulta de efeitos crônicos e agudos da intoxicação (como inibição da censura e maior sensibilidade à dor) os quais aumentam a probabilidade de adoção de reações violentas. O componente econômico diz respeito às ações agressivas relacionadas à obtenção da droga, tais como brigas e roubos envolvidos nesse contexto. Já a teoria geral do desvio sugere a possibilidade de que indivíduos que se envolvem num tipo de comportamento desviante, como o consumo de drogas, apresentam maior probabilidade de adotarem outros tipos de condutas desviantes, como a violência, dadas as influências ambientais que sofrem.

O modelo biopsicossocial propõe que a conjunção de influências distais (como o abuso na infância, história familiar de uso de substâncias, expectativas de gênero, dentre outros) e proximais (por exemplo: intoxicação aguda, provocações, impulsividade) aumenta o risco de agressão quando se considera um contexto de conflito. Assim, este modelo propõe a interação da intoxicação com características pessoais para explicar a conduta violenta. Trata-se de uma análise que considera contribuições de diversas teorias e reconhece outros fatores além dos psicofisiológicos no comportamento agressivo.

CAPÍTULO 2- VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Na atualidade, a temática da violência, da violência doméstica e mais especificamente da violência contra a mulher ganhou destaque no cenário mundial. Apontada como uma das prioridades nas ações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência tem sido considerada um problema de saúde pública global a partir do reconhecimento das suas sérias implicações de curto e longo prazo para a saúde, bem como para o desenvolvimento psicológico e social de indivíduos, famílias e comunidades (García-Moreno, 2005; García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

A partir desse entendimento a instituição tem realizado pesquisas e produzido uma série de publicações visando a conscientização de profissionais das áreas de saúde e social. Também tem fornecido diretrizes para o atendimento das pessoas envolvidas, indicado instrumentos para coleta de informações sobre o assunto, bem como apontado necessidades de estudos, sugerindo e ao mesmo tempo estimulando a proliferação de uma agenda de pesquisa em diversos países. Como itens dessa agenda, destaca-se: a necessidade de mensuração da violência, a caracterização de seus diferentes tipos, suas causas, fatores de risco, e a priorização das pesquisas sobre o assunto no âmbito da saúde pública (Ellsberg & Heise, 2005; García-Moreno, 2005; García-Moreno, *et al.*, 2005; Krug *et al.*, 2002).

Nesse contexto, a OMS considera violência como

o intencional uso da força física ou do poder, em ameaça ou real, contra si próprio, outra pessoa, contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha probabilidade de resultar em injúria, morte, dano psicológico, privação ou prejuízos no desenvolvimento (Krug *et al.*, 2002, p.5).

A análise das publicações atuais sobre o assunto evidencia o impacto dessa definição, apresentada no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde do ano de 2002, que tem sido adotada como referência em diversos estudos (Fonseca, Galduróz, Tondowski & Noto, 2009; Ministério da Saúde, 2010; Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006; Stelko-Pereira & Williams, 2010; Vieira, *et al.*, 2008).

A mesma organização desenvolveu uma tipologia da violência que caracteriza suas diferentes formas, relações entre os envolvidos e contextos nos quais pode emergir. Apesar de encerrar algumas limitações (Krug *et al.*, 2002), tal como a definição acima, essa classificação também vem sendo utilizada na literatura, sendo que o

desenvolvimento de uma clara definição operacional dos diferentes tipos de violência ainda constitui-se em desafio para os pesquisadores (García-Moreno *et al.*, 2005).

Assim, conforme a OMS (Krug *et al.*, 2002), é possível delimitar três amplas categorias, conforme quem comete os atos violentos: violência auto-infligida, violência interpessoal e violência coletiva. Exemplos da primeira modalidade são: suicídio, tentativas de realização do mesmo e auto-mutilação. Já a violência interpessoal pode acontecer entre pessoas que possuem relações familiares (entre parceiros, direcionada a filhos ou a idosos) ou não (ações praticadas por estranhos ou colegas no contexto comunitário). A violência coletiva é subdividida em política, social e econômica. Essas últimas subdivisões, ao contrário da contida nas duas categorias anteriores, dizem respeito a possíveis motivações para os atos cometidos por grandes grupos de indivíduos ou estados, tais como guerras e até mesmo a negação do acesso da população a serviços essenciais (Krug *et al.*, 2002; Minayo, 2005).

Outra classificação que atravessa a anterior é realizada a partir da natureza dos atos violentos. A violência (à exceção da violência auto-infligida) pode ser expressa de forma: física (envolve o uso da força física com a intenção de causar dano a outrem); psicológica (engloba agressões verbais ou gestuais, com a intenção de humilhar, ameaçar, causando danos à auto-estima, por exemplo); sexual (abrange imposição de práticas de cunho sexual contra a vontade da pessoa ou que propiciem sua vitimização); e através da privação ou negligência (envolve a ausência ou recusa de cuidados a quem necessita) (Krug *et al.*, 2002; Minayo, 2005; Ministério da Saúde, 2001).

Conforme explicitado anteriormente, a abordagem proposta pela OMS entende a violência como um problema de saúde pública, o que implica o pressuposto de que pode ser evitada através de estratégias de prevenção. Dessa forma, tal concepção diverge, em seus fundamentos, das concepções teóricas que entendem a agressividade como algo inato e instintivo do ser humano.

Uma maneira de se abordar o assunto que tem revelado utilidade na compreensão da multidimensionalidade do fenômeno da violência, mencionada nas publicações da OMS (Ellsberg & Heise, 2005; Krug *et al.*, 2002), é a perspectiva bioecológica proposta por Bronfenbrenner. Amplamente utilizada pelos estudiosos do Desenvolvimento Humano, especialmente na Psicologia, essa abordagem propõe a análise de diversos fatores, em diferentes níveis, para se considerar as influências que o indivíduo sofre, em seu

desenvolvimento. Transposta para o estudo da violência, propõe a consideração dos fatores relativos aos níveis: individual, interpessoal, comunitário, da sociedade e da cultura de forma ampla como determinantes nas manifestações de violência. Apesar de não fornecer uma explicação sobre como tais fatores se relacionam (Ellsberg & Heise, 2005), esse modelo tem sido aplicado como ferramenta heurística capaz de sintetizar a complexidade de aspectos a serem considerados no estudo da violência interpessoal (Carvalho-Barreto, Bucher-Maluschke, Almeida & DeSouza, 2009).

CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR

A violência cometida no âmbito das relações interpessoais, mais especificamente as que envolvem laços familiares, pode ser entendida como violência familiar, sendo comum a adoção das expressões “violência doméstica” e “violência intrafamiliar”. Nesse sentido, cabe destacar os significados distintos atribuídos às expressões, ambas alvo de confusões conceituais.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), violência doméstica é a que se dá entre pessoas com vinculação afetiva, de convivência ou consangüinidade, podendo envolver também outros membros que convivam no espaço doméstico sem função parental (tais como agregados e empregados domésticos). Ressalta-se que nesse conceito o adjetivo “doméstico” não delimita o espaço físico em que o ato ocorre, e sim as relações existentes entre agressores e vítimas.

Definição similar adotada pela mesma fonte é a de violência intrafamiliar, esta abrangendo somente pessoas que compõem o grupo familiar. Entretanto, apesar da aludida diferenciação, e de haver autores que adotam uma expressão em detrimento de outra, esse aspecto não é claramente definido em várias publicações que tratam do tema (Dossi, Saliba, Garbin & Garbin, 2008; Schraiber, D’Oliveira, França-Júnior & Pinho, 2002; Silva, Coelho & Caponi, 2007; *Vieira et al.*, 2008).

Schrader and Sagot (2000) adotam a expressão violência familiar, definindo-a como

todo ato ou omissão cometido por um membro da família em uma posição de poder, independentemente de onde ocorra, que prejudique o bem-estar físico ou a integridade psicológica, ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família. (p.10)

Os referidos autores justificam o uso dessa expressão ao invés de “violência doméstica”, pois esta última, segundo os mesmos, faria referência a um determinado local, o ambiente doméstico.

Tal como destacado anteriormente, apesar do adjetivo “doméstico” referir-se ao contexto das relações familiares, podendo dessa forma abranger qualquer membro desse grupo (crianças, adolescentes, homens, mulheres), “violência doméstica” tem sido usada, em

alguns casos, para designar exclusivamente a violência praticada pelo homem contra a mulher. Esse uso do conceito acontece na América do Norte, sendo que no Brasil, de acordo com Stelko-Pereira e Williams (2010) “violência doméstica” também engloba a violência direcionada a crianças e adolescentes.

Nesse sentido, estudo bibliométrico conduzido por Franco, López-Cepero y Díaz (2009) constatou que, enquanto algumas publicações sobre o tema da violência que acontece no âmbito da família adotam definições e focos de estudo exclusivamente na violência que o homem exerce sobre a mulher, outras abordam aquela direcionada às crianças, bem como as consequências negativas para os filhos que presenciam a violência entre os genitores. Também existem estudos que abordam o fenômeno como passível de ocorrência mútua, ou seja, ocorrendo tanto do homem em direção à mulher, quanto desta em relação a seu companheiro.

Em estudo de revisão sobre violência doméstica, Tolan, Gorman-Smith and Henry (2006) destacaram três tipos gerais, conforme as nomenclaturas mais comumente utilizadas: violência doméstica (geralmente usada para se referir à violência entre parceiros íntimos (*intimate partner violence* – IPV), abuso infantil e abuso de idoso. Essa separação em áreas tem sido observada nas pesquisas que, ao focarem os componentes dessas modalidades de violência, não fornecem uma compreensão da ecologia do fenômeno na família.

Segundo os mesmos autores, a amplitude dos comportamentos que podem ser entendidos como violentos no âmbito das relações familiares (da violência física à negligência), sua aceitabilidade ou tolerância nas culturas, bem como questões de gênero (as quais serão abordadas mais adiante), são alguns dos importantes aspectos a serem considerados na delimitação da temática da violência doméstica, que envolve controvérsias e carece de consenso quanto a algumas definições.

Nesse contexto, vale ressaltar que várias pesquisas e publicações nacionais e internacionais, provavelmente em decorrência da magnitude do problema e da sua disseminação em diversas culturas, tratam predominantemente da violência praticada contra a mulher, privilegiando um enfoque de gênero. Assim, “violência de gênero” também aparece como descritor para o tema da violência na esfera das relações interpessoais (apesar de seu uso inconstante, conforme observado por Schraiber, D’Oliveira e Couto (2006) em estudo de revisão).

Entende-se por gênero os papéis, comportamentos e atributos socialmente construídos e considerados apropriados para homens e mulheres. Relações desiguais de poder entre homens e mulheres, a partir desses papéis, seriam apontadas como causa de atos violentos praticados contra as mulheres (García-Moreno, 2005).

Apesar das especificidades terminológicas e dos aspectos complexos que compõem a temática, é pertinente e provavelmente consensual a constatação de que a violência no contexto das famílias acontece em relações hierárquicas e intergeracionais, usualmente como forma de se relacionar, resolver conflitos ou educar (Ministério da Saúde, 2010).

Sem desconsiderar a multiplicidade de significados e até mesmo a divergência conceitual que envolve a utilização da expressão violência doméstica, neste trabalho optou-se por utilizá-la como referência inicial, na medida em que, acredita-se, abarca a amplitude do fenômeno, sendo útil e adequada para designar a violência que acontece no contexto das relações familiares e de afeto, podendo incluir crianças/adolescentes, mulheres/homens (parceiros) e idosos (García-Moreno *et al.*, 2005). A partir deste momento, contudo, visando a progressiva delimitação do objeto de estudo, exercício necessário quando se pretende conduzir uma investigação científica, serão especificados dois focos de análise da violência na família: a violência entre casais e a direcionada aos filhos.

Dessa forma, é relevante destacar que mesmo sendo freqüente na literatura a classificação da violência nos contextos em que ela se manifesta (do indivíduo contra si próprio, no âmbito coletivo ou macro-social e das relações interpessoais), muitas publicações e focos de investigação são direcionados aos indivíduos, ou seja, a um grupo específico de pessoas com determinadas características de vulnerabilidade (mulheres, crianças ou idosos, por exemplo). A partir dessas considerações, Stelko-Pereira e Williams (2010) apontam a existência de desdobramentos (conforme a pessoa/grupo que é vítima) e fragmentações (de acordo com o contexto no qual ocorre) nas abordagens de estudo da violência. É dessa maneira que, da violência no contexto das relações interpessoais, mais especificamente no âmbito da família, no presente estudo serão analisados dois de seus desdobramentos: a violência entre parceiros íntimos (ou *intimate partner violence* (IPV), também freqüentemente designada em textos nacionais como violência conjugal) e a violência destinada aos filhos (crianças ou adolescentes).

3.1. Violência entre parceiros íntimos

“Violência entre parceiros íntimos se refere a qualquer comportamento inserido num relacionamento íntimo que cause prejuízos físicos, psicológicos ou sexuais para os envolvidos nessa relação” (Krug *et al.*, 2002, p.89).

Refinando e complementando a definição acima, destaca-se que o autor da violência pode ser o atual ou um ex-companheiro (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2008; Saltzman, Fanslow, McMahon, & Shelley, 2002), numa relação homo ou heterossexual (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Lamoglia & Minayo, 2009). Sobre esse último aspecto acerca da delimitação da relação entre parceiros íntimos, estudos começam a apresentar dados da violência entre casais homossexuais (Carvalho-Barreto *et al.*, 2009; Dossi *et al.*, 2008).

Apesar do maior destaque dado à mulher vitimizada na relação de casal (Krug *et al.*, 2002), há o reconhecimento de que a mulher também pode ser violenta numa relação conjugal (Archer, 2002; Dossi *et al.*, 2008; Moore *et al.*, 2008; Straus, 1999; Vieira *et al.*, 2008), sendo desejável a investigação da ocorrência de violência mútua, preferencialmente a partir dos relatos de ambos os envolvidos (Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler & Caetano, 2010; Testa, Livingston & Leonard, 2003).

Observa-se na literatura sobre o assunto a necessidade de caracterizar os comportamentos capazes de causar prejuízos ao parceiro íntimo. Assim, é freqüente a descrição dos atos de agressão física, tais como tapas, socos e chutes; de agressão psicológica: intimidação, humilhação e desqualificação; e de agressão sexual, que pode envolver o ato forçado e outras formas de coerção. Além desses atos, que apesar de ocultados no contexto das famílias, podem ser considerados mais evidentes, outras formas de controle do comportamento são mencionadas e igualmente tidas como violência: monitoramento dos movimentos, isolamento em relação a amigos e outros membros da família, restrição do acesso a informação e assistência (Krug *et al.*, 2002).

Silva, Coelho e Caponi (2007) destacam que a violência psicológica, tão grave e freqüente quanto a física, costuma ser negligenciada pela mídia e pelos pesquisadores. Acrescentam, além dos atos mencionados acima, que a vítima pode ser mantida trancafiada na

residência, ser ridicularizada perante família e amigos, desautorizada perante os filhos, ser alvo de críticas destrutivas, além de sofrer diversos tipos de ameaças.

Após essas considerações que delimitam o contexto do que pode ser considerado “violência” e “casal”, cabe destacar duas vertentes de análise da questão. Uma delas corresponde à abordagem dos pesquisadores da teoria do conflito, os quais assumem que o conflito é inevitável em qualquer tipo de associação humana, ao contrário da violência como forma de resolvê-lo (Strauss, Hamby, Mc Coy & Sugarman, 1996). Esses pesquisadores argumentam que a violência física emerge em contextos de frustração e *stress* típicos da convivência em comum, sendo aproximado o número de homens e mulheres que manifestam esse tipo de comportamento agressivo. Já estudos com referencial desenvolvido a partir do feminismo enfatizam a assimetria entre homens perpetradores e mulheres vítimas da agressividade nos relacionamentos, que surgiria num contexto de dominação masculina (Archer, 2002).

Segundo Straus (1999), a primeira vertente de estudos se ocupa em entender o surgimento da violência física no contexto de conflitos familiares, considerando que os atos de agressão podem ser adotados por ambos, homem ou mulher. Essa linha de análise parte de uma abordagem sociológica que aponta a aceitação social do uso da agressão física por parte das mulheres no âmbito das relações familiares (como método disciplinar e como forma de expressão da raiva, por exemplo). Já a segunda perspectiva, desenvolvida a partir do feminismo, visa a erradicação de todas as formas de violência e dominação das quais as mulheres são vítimas, privilegiando uma definição ampliada de violência (englobando aspectos físicos, psicológicos, materiais, dentre outros) e o enfoque nas consequências assimétricas da violência direcionada ao público feminino.

Uma diferenciação teórica que parece conjugar e abarcar ambas as vertentes de análise do fenômeno foi desenvolvida por Johnson (2009), o qual afirma que a violência que acontece entre parceiros envolve eventos distintos, com diferentes causas, efeitos e trajetórias no desenvolvimento, bem como diversas implicações para o relacionamento do casal.

A partir dessa compreensão são destacados dois importantes padrões de manifestação da violência conjugal. As situações de violência podem emergir: ocasionalmente, num contexto de conflito, quando um dos parceiros perde o controle e acaba recorrendo ao comportamento violento; ou em situações mais crônicas ou cristalizadas, que

envolvem o progressivo controle e poder de um parceiro sobre o outro (Johnson, 2009). A violência ocasional, que aconteceria em decorrência de divergências entre o casal, seria mais freqüente que aquela que ocorre num cenário de dominação (Johnson, 2009; Krug *et al.*, 2002; Schraiber *et al.*, 2007; Tolan *et al.*, 2006).

Johnson (2009) denomina o primeiro tipo de ocorrência como violência de casal situacional, e o segundo como terrorismo íntimo. O autor apresenta ainda uma terceira modalidade de expressão da violência doméstica entre casais, a resistência violenta, que se constitui numa forma de reagir/lidar com o comportamento de violência do companheiro, geralmente adotada pela mulher. A violência situacional tende a ser mais comumente observada em amostras comunitárias, sendo que casos de terrorismo íntimo costumam ser mais identificados em amostras clínicas (Archer, 2002; Krug *et al.*, 2002; Tolan, *et al.*, 2006).

A violência no terrorismo íntimo é usada para obter e manter o controle total sobre a vítima. Já a violência situacional objetiva a dominação momentânea, e costuma ser fruto de conflitos e tensões relacionadas a eventos particulares, tais como problemas financeiros, de temperamento ou até mesmo problemas com bebida ou abuso de drogas (Johnson, 2009).

3.2. Violência direcionada aos filhos (contra crianças e adolescentes)

Abuso ou mau-trato são termos que comumente especificam a violência direcionada a crianças e adolescentes. Entretanto, é necessário destacar que são conceitos ou práticas que não estão restritos ao contexto doméstico, podendo ocorrer também em instituições ou qualquer outro local. No âmbito da família, os agressores do sexo feminino são os mais freqüentes, e os do sexo masculino costumam ser autores das agressões mais violentas, provocando lesões e seqüelas mais graves (Canha, 2008).

Segundo Deslandes, Assis e Santos (2005), a violência contra as crianças se materializa em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral.

Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento. (p.44)

Tais autores apontam que estudo de abrangência nacional realizado pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 1988 constatou que o domicílio é o local onde mais frequentemente ocorrem agressões físicas contra crianças e adolescentes, sendo que em 80% dos casos investigados, os agressores eram parentes e conhecidos.

A criança, segundo Canha (2008) dadas as características próprias dessa fase do ciclo de vida, é um dos elementos de maior vulnerabilidade na família. Apesar da prática da violência direcionada a esse público não ser novidade na história da humanidade, seu diagnóstico ainda é difícil devido a tabus, mitos, falsas crenças, além do bloqueio emocional que tais casos geram. Por esses motivos, provavelmente ainda não se conhece a real dimensão dessa problemática. Entretanto, dados recentes sobre a implantação da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências (PNRMAV) indicam que os jovens, juntamente com os idosos são os grupos etários mais afetados pela mortalidade decorrente de causas externas (categoria que engloba acidentes e violências) (Minayo e Deslandes, 2009).

No Brasil, a partir da consideração da violência como um problema de saúde pública, uma das ações adotadas, através de portaria do ano de 2001, foi tornar obrigatória a notificação às autoridades competentes dos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2010). Estudo recente (Minayo & Deslandes, 2009) indica que nas cinco capitais mais violentas do país (Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Curitiba e Brasília) esse registro está funcionando nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. Porém, no que se refere à violência praticada contra mulheres e idosos, grupos para os quais a notificação também é compulsória, o processo de registro ainda se mostra falho.

No âmbito da família, foco de análise do presente estudo, além da vitimização direta, ou seja, ser o alvo do comportamento agressivo, é necessário destacar ainda o impacto de presenciar a violência, principalmente quando se pensa nos filhos que testemunham agressões entre seus pais.

Dentre os diversos fatores associados à exposição direta ou indireta de crianças à violência no ambiente familiar, pode-se citar baixo desempenho acadêmico, transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), agitação, distração, medo, depressão, queixas somáticas, isolamento, ansiedade, agressividade, delinquência. Contudo, é possível observar diferentes perfis de desajustamento e adaptação (Graham-Bermann, Gruber, Howell & Girz, 2009; Graham-Bermann, Howell, Miller, Kwek & Lilly, 2010; Moylan *et al.*, 2010).

Holt, Buckley and Whelan (2008) em estudo de revisão que buscou evidenciar o impacto na saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes frente à exposição à violência doméstica analisaram alguns importantes aspectos que envolvem o fenômeno. Os autores apontaram a ambivalência gerada nos filhos por essas situações, nas quais um genitor pode ser vivenciado como abusivo e ao mesmo tempo amado. Crianças mais novas podem apresentar medo excessivo, ansiedade, dificuldades em verbalizar emoções, comportamento agressivo, possessividade, dores de barriga, insônia, pesadelos, enurese. Com o seu crescimento, tendem a buscar justificativas para o comportamento violento, podem se culpabilizar pela violência entre os pais e até mesmo sentirem-se responsáveis por protegerem as vítimas. Problemas na escola, nas relações estabelecidas com os pares e nos relacionamentos afetivos estabelecidos no decorrer da vida também podem estar relacionados a essas experiências.

A diversidade de reações a essas situações pode variar conforme a idade, gênero, personalidade, papel na família, frequência, natureza, intensidade, severidade e ocorrência de diferentes formas de violência aos quais as crianças/adolescentes são expostas. Essas reações podem ser minimizadas dependendo da relação com os pais, irmãos, o suporte social disponível, principalmente quando existe forte ligação e apego com um adulto cuidador, geralmente a mãe (Holt, Buckley & Whelan, 2008).

Abordando a ecologia do fenômeno da violência na família e seu impacto junto aos filhos, pesquisa envolvendo mais de 3.000 mulheres nos Estados Unidos (Kelleher *et al.*, 2008) constatou que mais da metade, as quais tinham histórico de vitimização prévio (pelo parceiro), apresentaram mais altas taxas de agressão psicológica, física e de negligência direcionada aos filhos como práticas disciplinares, quando comparadas com as que não tinham sido vítimas de violência. Entretanto, os autores do estudo ponderam que essa relação ainda não é clara, sendo que a literatura aponta tanto o baixo desempenho de crianças que presenciam violência entre seus genitores, quanto a existência de maior disponibilidade emocional das mães vitimizadas em relação aos filhos.

Aymer (2008), em pesquisa qualitativa com jovens atendidos por agência de Serviço Social nos Estados Unidos, identificou ideação suicida em nove dos dez adolescentes ouvidos que presenciaram violência perpetrada por seus pais. Também verificou a presença de sentimentos depressivos, pesadelos e consumo de drogas como forma de lidar com esse contexto. Espinoza-Gomes e colaboradores (2010), em levantamento realizado junto a

estudantes universitários no México, encontraram forte associação entre conduta suicida e percepção de ter sido vítima de violência doméstica.

Por fim, cabe destacar que um tema recorrente apontado na discussão de várias publicações sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes é o reconhecimento do uso das práticas violentas como um recurso disciplinar, reproduzido através de gerações, o que torna tais condutas socialmente aceitáveis e dificulta sua eliminação (Espinoza-Gomes *et al.*, 2010; Martins & Jorge, 2009; Monteiro *et al.*, 2007; Vendruscolo, Ferriani & Silva, 2007; Zanoti-Jeronymo *et al.*, 2009).

Nesse sentido, recentemente, em nosso país, foi proposto um projeto de lei (nº 7.672, de 2010) que pretende acrescentar ao Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069, de 1990, o direito a estes de serem educados “sem o uso de castigo corporal ou de tratamento cruel ou degradante como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto”. O castigo corporal, no texto do projeto, é definido como “uso da força física que resulte em dor ou lesão” e o tratamento cruel é delimitado como conduta que gere humilhação, ameace de forma grave ou ridicularize a criança ou adolescente. O projeto prevê a aplicação de várias medidas para pais ou responsáveis que adotarem as práticas acima descritas. Dentre elas, a participação dos adultos em programas de orientação e tratamento, advertência, perda da guarda, suspensão ou destituição do poder familiar. Para as vítimas, está também previsto o encaminhamento para tratamento especializado.

CAPÍTULO 4 – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

As conseqüências da violência doméstica podem ser identificadas em diversos níveis e instâncias da vida social. A procura de serviços médicos em decorrência de danos variados à saúde física e mental, queda na produtividade no trabalho, demandas para o sistema de justiça, insatisfação nos relacionamentos conjugais e desenvolvimento de relações prejudiciais e disfuncionais aos indivíduos e famílias são algumas delas (Johnson, 2009; Tolan *et al.*, 2006).

Assim, a intervenção nas situações de violência, especialmente a que acontece no âmbito familiar, tem sido tarefa destinada não só às esferas jurídica, policial e psicossocial. A identificação do fenômeno bem como seus reflexos em termos de sofrimento e adoecimento é questão que também se apresenta aos profissionais da área de saúde, os quais pela natureza do próprio trabalho têm condições, em muitos casos, de identificar, acolher e orientar as vítimas (Ministério da Saúde, 2010; Schraiber & D'Oliveira, 2003). Minayo e Deslandes (2009) afirmam: “O setor saúde tem sido, com todas as suas limitações, um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações, do cuidado às vítimas e de produção reflexiva e crítica sobre este fenômeno”. (p.1642)

No que tange aos dados de órgãos oficiais, no Brasil, os emitidos pelo setor de saúde registram as vítimas da violência (em todas as suas modalidades) juntamente com as vítimas de acidentes, o que dificulta a estimativa exata da magnitude da violência, em específico da violência doméstica. Minayo (2006) explica que tal quadro se deve à dificuldade em determinar o caráter intencional dos atos violentos como um critério para diferenciá-lo dos acidentes. Apesar disso, pesquisas apontam que nas cidades mais violentas do país, considerando-se esse índice composto (violência e acidentes), as maiores taxas de mortalidade dentre essas duas causas são devidas às agressões (Minayo e Deslandes, 2009).

As estatísticas nacionais acerca da violência doméstica e acidentes que causam morte ou internação indicam que, entre os anos de 2006 e 2009, crianças e adolescentes de ambos os sexos são igualmente vítimas de violência (Ministério da Saúde, 2010). Dados dos anos de 2005 e 2006, colhidos com adolescentes de 14 a 19 anos em todo o Brasil, indicaram prevalências de 44,1% de abuso físico sofrido na infância, e de 26,1% de exposição à violência interparental (Zanoti-Jeronymo *et al.*, 2009).

No que se refere à violência praticada entre parceiros íntimos, um inquérito de base populacional realizado em 15 capitais brasileiras e no distrito federal nos anos de 2002 e 2003 apresentou alguns dados capazes de refletir a magnitude do problema no país. Em média, constatou-se uma prevalência global de agressão psicológica de 78,3% entre casais. A ocorrência de abuso físico “menor” atingiu 21,5% da amostra, e a agressão física considerada “grave” chegou a 12,9%² (Reichenheim *et al.*, 2006c).

Entre 2000 e 2001, outra investigação com foco na violência entre casais ouviu mais de 2.000 mulheres em duas regiões distintas do país: uma grande capital e uma região interiorana de um estado do nordeste. Foi constatado que a maior parte da violência física vem acompanhada da psicológica e que a violência sexual costuma estar associada à física. A prevalência da violência psicológica pelo menos uma vez na vida foi de 41,8% na grande cidade e 48,9% na região do interior; a ocorrência da violência física atingiu 27,2% e 33,7% respectivamente; a violência sexual chegou a 10,1% na primeira região e a 14,3% na segunda (Schraiber, *et al.* 2007).

Buscando retratar a violência entre casais numa região interiorana do país, foram analisados os registros, realizados entre os anos de 1997 a 2001, em uma delegacia situada em município do interior do estado do Rio de Janeiro. Dos 1.000 casos de crime e infrações registrados, aproximadamente 40% se referiam à violência contra a mulher e 20%, especificamente, à violência conjugal (Lamoglia & Minayo, 2009).

Em 1998, foi realizada a busca ativa de casos de violência contra a mulher entre as usuárias de uma unidade básica de saúde em São Paulo. Dentre as 322 entrevistas, 44% relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta, sendo que a grande maioria dessas agressões foram praticadas por companheiros ou familiares (Schraiber *et al.*, 2002).

Estudo empreendido pela OMS entre 2000 e 2003 com foco na violência conjugal contra a mulher em diversos países, abarcando culturas diferenciadas, mostrou que o fenômeno se faz presente globalmente, apresentando variações locais. As menores taxas de prevalência desse tipo de violência foram encontradas no Japão (13% para violência física) e em Sérvia e Montenegro (6% para violência sexual). As maiores taxas foram identificadas no

² A classificação das agressões em níveis de severidade “menor” (tal como, puxar o cabelo) e “maior” (dar um “murro”, por exemplo) baseia-se no reconhecimento de que a etiologia e o tratamento desses eventos são diferentes (Strauss, 2007).

Peru (61% de mulheres afirmaram terem sido vítimas de violência física) e na Etiópia (59% da amostra relatou ter sido vítima de violência sexual) (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006). Por estar enraizada em diferentes culturas, é consenso na literatura que a violência doméstica tem causalidades múltiplas, o que recomenda uma abordagem que contemple diversos fatores (D'Oliveira *et al.*, 2009).

Alguns fatores abordados na literatura recente como fatores de risco, podem ser definidos como as características, das vítimas ou dos perpetradores que, quando presentes, frequentemente associam-se a situações de violência. Seguindo essa lógica, são considerados fatores de proteção as variáveis que comumente associam-se a situações nas quais a violência doméstica não ocorre. Essas noções, de risco e de proteção, são aplicáveis em contextos nos quais se considera possibilidades de prevenção (Abramsky, *et al.*, 2011).

Cabe destacar que tais conceitos, bastante utilizados em psicopatologia do desenvolvimento, não implicam necessariamente causalidade. Nesse sentido, um fator de risco aumenta a probabilidade de um indivíduo apresentar problemas, sendo necessário, entretanto, que se considere o contexto no qual o mecanismo do risco se manifesta (ex.: o desemprego não deve ser considerado um fator de risco em si para a violência entre o casal; mas pode assim ser entendido na medida em que as questões financeiras tornam-se motivo das brigas entre eles, e essas brigas culminam em agressões). Os fatores de proteção, em sentido inverso, implicam influências ou interferências no sentido de minimizar os efeitos de circunstâncias desfavoráveis (como vínculos familiares e suporte social) (Garcia & Williams, 2010).

Visando identificar fatores protetivos e de risco, úteis no desenho de eficazes programas de prevenção, a OMS identificou características que se mostraram consistentes em diferentes culturas (10 países) no que tange à violência praticada contra a mulher. Educação secundária (com maiores efeitos para casos em que ambos os parceiros tem melhor nível educacional), níveis sócio-econômicos mais elevados e união formal podem ser vistos como fatores protetivos. História de abuso (de um dos parceiros ou de ambos, bem como de suas mães), mulheres jovens, problemas relacionados ao uso de álcool de um ou de ambos os parceiros, envolvimento com outras formas de violência, mulheres com filhos de outros relacionamentos e homens com relacionamentos extraconjugais foram fatores identificados como de risco (Abramsky, *et al.*, 2011).

Obtendo algumas constatações semelhantes, Reichenheim, Dias e Moraes (2006a) conduziram estudo em amostra de usuários de serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro. A pesquisa apontou que a associação de fatores tais como idade da mulher (menor ou igual a 25 anos), homem com escolaridade inferior a 8 anos, presença de crianças menores de 5 anos no domicílio e abuso de álcool e drogas ilícitas pelo companheiro aumentam consideravelmente o risco de ocorrência da violência física entre parceiros e entre pais e filhos.

D'Oliveira *et al.* (2009), investigando fatores relacionados à violência entre parceiros íntimos, apontam para a importância das questões sócio-culturais, as quais revelam diferenças locais nas manifestações desse tipo de violência. Comparando duas regiões distintas do país (São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco), os autores identificaram fatores de risco específicos para cada uma dessas localidades. Entretanto, quatro deles foram observados nos dois locais pesquisados: história de agressão da mãe por parceiro; abuso sexual na infância da entrevistada; cinco ou mais gestações e problemas com a bebida. Esses autores destacaram que as características culturais, familiares e de gênero (tais como valorização do casamento e da independência econômica) parecem mediar as associações das características sócio-demográficas (idade, escolaridade e cor da pele) com os eventos de violência entre o casal. Estudo realizado pela OMS em diferentes países também apresentou essa constatação (Abramsky *et al.*, 2011).

No que concerne aos fatores de risco específicos da violência doméstica direcionada aos filhos, Canha (2008) os diferencia conforme sua referência aos pais, às próprias crianças e às situações de crise na família. Assim, os relativos aos genitores seriam: baixo nível socioeconômico e cultural (fazendo a ressalva de que o mau trato acontece em todas as camadas sociais, econômicas e culturais); antecedentes de maus tratos na própria infância; ser mãe adolescente sem apoio ou suporte familiar; atraso mental dos genitores; hábitos de alcoolismo ou consumo de drogas entre outros. Os fatores relacionados às crianças relacionam-se à idade inferior a 3 anos, ser gêmeo, portador de necessidades especiais ou doença crônica; apresentar alterações de comportamento ou insucesso escolar. Por fim, algumas situações estressoras no ambiente da família são mencionadas, tais como: agravamento de dificuldades econômicas, desemprego, divórcio, depressão de um dos genitores ou outro acontecimento que perturbe a dinâmica familiar.

Martins e Jorge (2009), a partir da análise de 1620 registros de Conselhos Tutelares de Londrina, identificaram fatores considerados por esses órgãos de defesa. Nos

casos em que se observou reincidência da violência contra crianças e adolescentes no âmbito da família, cerca de 40% envolvia alcoolismo; 8,1% crise conjugal; problemas relacionados com a maternidade (5,8%) e paternidade (2,3%), em caso de filho não natural; drogadição (4,1%); dificuldade financeira (4,1%); doença psíquica (1,2%); prostituição materna (1,2%) e religião do pai (0,6%).

Como é possível observar acima, o consumo de álcool é variável presente em vários estudos sobre violência doméstica. Levantamento domiciliar realizado em 108 cidades brasileiras no ano de 2005 constatou que 33,5% da amostra apresentava histórico de violência doméstica, sendo que mais da metade dos agressores (17,1%) estavam alcoolizados nessas situações (Fonseca, Galduróz, Tondowski & Noto, 2009).

Outro estudo a partir de amostra representativa da população brasileira, realizado na mesma época e visando identificar a prevalência da violência entre casais associada ao consumo do álcool no momento desses episódios, indicou que 4 em cada 10 homens e 1 em cada 10 mulheres estavam sob o efeito da bebida durante os eventos de violência envolvendo o parceiro íntimo. A prevalência da violência entre esse grupo foi de mais de 15% de perpetração de violência por parte de homens alcoolizados e de 1 a 2 % de perpetração e violência mútua declarada por mulheres (Zaleski *et al.* , 2010a).

Em cidade do estado de São Paulo, a análise de registros efetuados em uma Delegacia de Defesa da Mulher entre os anos de 2001 a 2005 constatou que os agressores estavam alcoolizados em 21,6% das ocorrências relativas a agressão de crianças e adolescentes, e em 26,8% dos casos que envolveram violência entre parceiros. Dos quase 1.500 casos analisados, cerca de 81% dizia respeito a violência entre casais e aproximadamente 11% eram relativos a crianças e adolescentes (Dossi *et al.*, 2008).

Segundo Bennett & O'Brien (2007) existem poucas evidências que permitem concluir acerca da existência de uma relação de causalidade entre abuso de substâncias e violência doméstica. Entretanto os autores destacam que parece haver uma bidirecionalidade entre essas duas variáveis, sendo que um problema parece aumentar o risco do outro. Dessa forma, defendem que serviços voltados para atendimento de vítimas e agressores, bem como aqueles que estão focados nos usuários investiguem essa co-ocorrência e trabalhem em regime de colaboração.

4.1. Consumo de álcool e violência doméstica

Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (2006) indicam que no ano de 2005, 74,6% dos brasileiros revelaram já ter feito uso de álcool na vida, e 12,3% foram considerados dependentes da substância. Quase 8% dos entrevistados reconheceram que já tiveram algum problema pessoal (envolvendo família, amigos ou trabalho) em decorrência desse consumo.

Apesar da evidente associação entre o consumo de álcool com danos à saúde, problemas sociais e legais, trata-se de uma droga lícita, valorizada em determinados contextos (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2006), o que dificulta o trabalho de prevenção do uso abusivo, associado a problemas. Além disso, o papel que o álcool assume em diferentes culturas e grupos sociais é aspecto peculiar a ser considerado, sendo importante a avaliação de aspectos biopsicossociais que determinam sua utilização (Cerclé & Somat, 1999).

Segundo o Glossário de Álcool e Drogas (Bertolote, 2006), publicado originalmente pela OMS em 1994 e traduzido e editado pela da Secretaria Nacional Antidrogas, o álcool é um sedativo/hipnótico (alivia a ansiedade e induz tranquilidade, sono, amnésia e relaxamento muscular), podendo prejudicar a concentração, memória, coordenação motora e gerando labilidade do humor. “Ocasionalmente pode ocorrer uma reação paradoxal de excitação ou raiva” (p. 108). Seu uso excessivo e prolongado pode resultar em dependência ou diversos transtornos mentais, orgânicos, físicos e de comportamento.

Em relação às conseqüências do uso do álcool, conforme citado acima, destaca-se a sua influência no nível de consciência, cognição, percepção, capacidade de julgamento e comportamento, o que o caracteriza como substância psicoativa. Interessante ressaltar que tais efeitos apresentam variações de pessoa para pessoa, e de homens para mulheres. Dentre outros fatores a serem considerados, mulheres bem como crianças e jovens geralmente são mais afetados pelo álcool por terem maiores taxas de concentração em seu sangue quando consomem a mesma quantidade de álcool que homens. Isso porque mulheres e jovens tendem a ter menos peso e músculos no corpo (World Health Organization, 2005).

Ainda acerca dos efeitos do consumo, o Glossário de Álcool e Drogas ressalta que as perturbações decorrentes do uso de substâncias relacionam-se aos efeitos farmacológicos agudos da droga, e às “reações aprendidas” referentes à mesma (p. 77).

Assim, “a expressão comportamental de um determinado grau de intoxicação é fortemente influenciada pelas expectativas culturais e pessoais acerca dos efeitos da droga (Bertolote, 2006, p. 77).

Segundo a OMS, os padrões de consumo de álcool diferem significativamente entre homens e mulheres, grupos etários, étnicos e religiosos, culturas e níveis de desenvolvimento socioeconômico, sendo que os mais fortes preditores do uso de álcool, conforme pesquisas, é idade e sexo. Dentre as cerca de 76 milhões de pessoas com problemas relativos ao uso do álcool, aproximadamente 63 milhões são homens. Entretanto, o uso de álcool entre mulheres vem crescendo de forma significativa dadas as mudanças nos papéis de gênero em diversas sociedades (World Health Organization, 2005).

Nos Estados Unidos, pesquisa realizada junto a profissionais de programas de apoio a vítimas de violência doméstica do estado da Carolina do Norte indicou que quase metade desses serviços estima que o número de usuários que possuem problemas com uso de substâncias gira em torno de 25% a 50% do total de atendidos. Um quarto das instituições pesquisadas acredita que mais da metade dos atendidos têm esse tipo de problema que, em algumas ocasiões, promove o envolvimento das vítimas com seus agressores (Martin, Moracco, Chang, Council & Dulli, 2008).

Entre 2004/2005, em João Pessoa, Paraíba, amostra de mulheres agredidas apresentou maior consumo de drogas (90,8%) quando comparado a outra amostra de mulheres não-agredidas (56,9%), sendo o álcool a droga mais utilizada pelas participantes. O estudo concluiu que quando consumido diariamente ou associado a outras drogas o álcool é o mais alto fator de risco para a agressão (Rabello & Caldas, 2007).

Além do consumo de álcool ser considerado fator cuja presença tende a aumentar as chances de ocorrência de atos violentos (D’Oliveira *et al.* 2009; Ministério da Saúde, 2010; Vieira *et al.*, 2008), é possível supor também que a ingestão de bebidas alcoólicas pode ser estratégia adotada pelas vítimas para lidar com o estresse provocado pelo contexto de violência (D’Oliveira *et al.* 2009; Kaysen *et al.*, 2007).

Estudo qualitativo com vítimas de violência praticada pelo parceiro apontou que estas responsabilizam o agressor, e não a ingestão do álcool, pelo comportamento violento (Galvani, 2006). Pesquisa desenvolvida no Brasil, com a análise dos registros de violência conjugal em município interiorano, com cerca de 17.000 habitantes, indicou que

13% das mulheres vítimas indicaram o consumo de álcool do companheiro como motivo para as agressões (Lamoglia & Minayo, 2009).

Cabe destacar, entretanto, que os riscos conseqüentes à ingestão de bebidas alcoólicas estão vinculados aos padrões de consumo e à quantidade consumida, daí a importância de se investigar essas questões. Na literatura sobre o assunto, fala-se em “uso” para referir-se a qualquer ingestão de álcool, sendo que o uso de baixo risco significa padrão de consumo respeitando-se as orientações médicas e legais, não resultando em problemas. O uso nocivo ou arriscado, terminologia utilizada pela OMS, refere-se a um padrão associado a danos físicos ou mentais à saúde. A dependência engloba sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos envolvendo dificuldades para controlar o uso. Fala-se de forma geral em “abuso” para caracterizar qualquer nível de risco no *continuum* que vai do uso de risco à dependência (Babor *et al.*, 2006; Bertolote, 2006).

Existem ainda expressões que caracterizam padrões de consumo cuja adoção permite padronizar a quantidade/qualidade desse comportamento, como é o caso da expressão “beber intenso” ou “pesado” (heavy drinking). Este excede as normas do beber moderado ou social e costuma ser caracterizado pela quantidade consumida num dia (como 3 doses num dia) ou numa ocasião (5 doses por vez, por exemplo) (Bertolote, 2006).

Segundo Stuart *et al.* (2009) “há um abundante suporte teórico e empírico para a conexão entre o uso nocivo de substâncias e a perpetração da violência e vitimização entre parceiros íntimos” (p.25). Estudo de revisão empreendido pelos mesmos autores indica que o álcool figura como uma das substâncias mais pesquisadas nesse contexto, sendo que o uso diário é o que mais provavelmente se associa à perpetração e à vitimização. Fonseca *et al.* (2009) ressaltam que a relação entre álcool e violência doméstica, apesar de evidenciada em diversos estudos, ainda carece de investigação no que tange as peculiaridades dessa associação.

Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet & Latour-Pérez (2006) empreenderam um revisão sistemática e uma meta-análise visando medir as evidências empíricas da associação entre o consumo de álcool masculino e a ocorrência de violência doméstica contra a mulher, bem como a qualidade desses estudos. Constataram que essa relação é fraca nos estudos analisados, os quais, dentre os aspectos de qualidade metodológica evidenciados, apresentavam amostras pequenas, poucos mediam o consumo masculino

diretamente, e diversos desenhos adotados não permitem o estabelecimento de relações causais.

Simmons, Lehmann and Coob (2008), numa amostra egressa do sistema judicial, identificaram diferenças de gênero no que se refere ao consumo de álcool e de outras substâncias entre agressores e agressoras dos parceiros. Os pesquisadores constataram que mulheres que praticaram atos violentos contra seus parceiros apresentaram padrão de consumo de álcool considerado perigoso ou de risco em níveis significativamente maiores que um grupo de homens agressores, controladas demais características sócio-demográficas. Entretanto, neste mesmo estudo, o consumo de substâncias das mulheres no momento do incidente violento, bem como o diagnóstico de problemas com uso de substâncias nas mulheres foi significativamente menor na amostra feminina que na masculina.

Por outro lado, estudo longitudinal conduzido por Testa *et al.* (2003) numa amostra comunitária de mulheres jovens nos Estados Unidos não constatou o consumo pesado de álcool nesse grupo como um preditor de vitimização nos relacionamentos.

Whiting, Simmons, Havens, Smith and Oka (2009), a partir de dados colhidos num levantamento com representatividade nacional nos EUA entre os anos de 1990 e 1992, constataram que entre pessoas com histórico de abuso físico ou sexual na infância, a dependência de álcool estava fortemente associada a vivenciar agressão entre parceiros íntimos (ou seja, perpetrar, ser vítima, ou ambos). Assim, nesse estudo, observou-se uma tendência à dependência alcoólica nas vítimas de violência na infância, que também vivenciavam violência na idade adulta.

Leonard (2005) aponta que o consumo excessivo de álcool é uma das mais controversas variáveis estudadas como causadoras da violência. O autor considera que as evidências de pesquisa indicam que o beber intenso contribui para a violência, mas isso não significa dizer que o álcool é condição primária, necessária e suficiente para a violência. O mais importante, segundo ressalta, é que a influência do álcool na violência entre parceiros íntimos não é uniforme, mas deve ser considerada para algumas pessoas, sob determinadas circunstâncias. Acrescenta ainda que as motivações hostis podem mediar essa associação, e menciona achados de pesquisa de que o álcool, em pessoas com tendências violentas, estaria relacionado não com a ocorrência do comportamento violento, mas com sua severidade.

Assim, considera-se necessário uma análise cuidadosa e crítica dos estudos que relacionam violência doméstica e consumo de álcool. As características peculiares das

amostras (comunitárias, de abrigos ou serviços de atendimento a vítimas, estudantes entre outras), bem como as formas utilizadas para medir o consumo são aspectos importantes para se relativizar achados de pesquisa (Archer, 2002; Simmons, Lehmann & Coob, 2008). Além disso, é desejável a investigação da ocorrência da violência mútua, se possível baseando-se nos relatos de ambos os envolvidos nesses eventos (Testa, Livingston & Leonard, 2003).

4.2. Gênero

Uma variável que merece destaque nesse contexto, como pode ser observado nas seções anteriores, é a questão de gênero. Alvo da maior parte das pesquisas sobre violência doméstica, a mulher é a vítima mais frequentemente estudada no contexto da violência na família (Franco, *et al.*, 2009). A publicação da chamada “Lei Maria da Penha” (lei nº11.340, 2006) no Brasil, que visa coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, pode ser mencionada como um exemplo desse entendimento no contexto nacional, uma vez que menciona apenas a mulher como vítima da violência doméstica (Carvalho-Barreto *et al.*, 2009), adotando um claro enfoque de gênero nas medidas que preconiza. Já no que diz respeito ao álcool, a população feminina ainda é pouco estudada na condição de consumidora de bebidas alcoólicas (Babor *et al.*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde tem como uma de suas diretrizes atuais de trabalho a integração das análises de gênero em suas ações. Uma das justificativas para isso seria a meta de diminuir as assimetrias entre homens e mulheres, objetivo expresso pelos países membros das Nações Unidas nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, documento que contempla agenda com ênfase no desenvolvimento humano como um dos fatores-chave para o progresso social e econômico. Outro fator que justifica tal análise é o reconhecimento de que existem diferentes fatores de risco, comportamentos de cuidado, e resultados das ações de saúde, quando se comparam homens e mulheres (García-Moreno, 2005; World Health Organization, 2009).

Segundo Schraiber *et al.* (2006) a inserção da categoria gênero nas análises relativas à problemática da violência representa uma reorientação na maneira de lidar com o assunto, apresentando novas possibilidades de aproximação do mesmo diante das tradicionais associações com desigualdades sócio-econômicas, as quais parecem insuficientes para lidar com o problema.

No que tange à prática de atos de violência física, apesar da inquestionável situação de desvantagem que a mulher vivencia quando comparada ao mesmo tipo de

agressão praticada pelo parceiro do sexo masculino (Straus, 1999), começam a surgir, em resultados de pesquisas, relatos de mulheres que afirmam agredirem fisicamente seus companheiros (Dossi *et al.*, 2008; Vieira *et al.*, 2008).

Archer (2002), em meta-análise de estudos publicados em sua maioria entre os anos de 80 e 90 nos Estados Unidos, identificou diferenças no que tange aos perpetradores de violência física, conforme três tipos de amostras diferentes: comunitárias, de estudantes e de casais com problemas conjugais. Observou que em amostras com problemas conjugais, os homens tendem a ser os maiores agressores em relação às parceiras. Já amostras compostas por estudantes tendem a apresentar mais mulheres com comportamentos de agressão física quando comparadas com amostras de estudos realizados junto a comunidades. Essas amostras de mulheres agressoras tendem a ser mais jovens (19 a 22 anos) e solteiras.

No que se refere a essas condutas, conforme o mencionado estudo, mulheres, mais provavelmente que homens, jogam algum objeto no companheiro, batem, chutam, mordem e batem com objetos. Já entre os homens, é mais provável que batam nos membros superiores, bloqueiem ou estrangulem. Também foi constatado que homens, mais que mulheres, tendem a subestimar os próprios atos agressivos em relação aos atos praticados pelas companheiras, apesar de ter sido encontrado, de modo geral, altas correlações entre as duas fontes de informação sobre os episódios de violência entre parceiros: o relato da própria conduta e o referente à conduta do companheiro.

Comparando mulheres e homens vítimas de violência conjugal, Thompson and Kingree (2006) observaram que o risco de injúria (entendida como lesão física ou dor que leva à necessidade de atenção médica) para a mulher é maior quando o companheiro está sob o efeito do álcool. Já o risco de injúria para o homem está mais relacionado ao uso de armas pela agressora. O estudo também constatou diferenças na tendência a denunciar a agressão para a polícia. Homens tenderam a reportar esses episódios quando as agressoras estavam alcoolizadas; mulheres denunciaram mais quando os episódios de violência já ocorreram repetidas vezes, sendo que estar casada com o agressor tende a diminuir as denúncias.

Referindo-se à violência conjugal, Lamoglia e Minayo (2009) enfatizam que “mulheres e homens são atingidos nas relações, porém, em razão da especificidade de gênero, de forma diferenciada”. (p. 597)

Normas culturais acerca do que é esperado ou aceito em termos de comportamento feminino e masculino, do que é necessário na educação de crianças e jovens, bem como acerca do consumo de álcool tolerado socialmente podem variar conforme o local.

Pesquisa de abrangência multicultural realizada pela OMS visando identificar os fatores de risco para a violência entre parceiros íntimos constatou que nem todas as variáveis estudadas demonstraram relações consistentes em todos os países pesquisados, demonstrando que o que significa proteção num contexto pode representar uma transgressão inaceitável em outro local (Abramsky, *et al.*, 2011). Essa variação acerca do significado que se atribui a determinados eventos foi observada em relação aos seguintes fatores: disparidade na idade do homem em relação à da mulher, participação da mulher na escolha do companheiro e o exercício de atividade profissional pela mulher enquanto o homem não a exerce.

CAPÍTULO 5 – A PESQUISA

O presente estudo está inserido numa pesquisa mais ampla que visa avaliar o impacto de uma intervenção breve, realizada em mulheres que apresentam consumo de álcool de risco, em contexto comunitário domiciliar, no comportamento de consumo de bebidas alcoólicas e nos padrões de violência doméstica. Essa investigação constitui-se num projeto de doutoramento, desenvolvido em parceria entre a UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), o POPSS (Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva - UFJF) e o Instituto de Psiquiatria do King's College (Londres), no sentido de integrar conhecimentos sobre a área de abuso de drogas e violência doméstica.

A pesquisa aqui apresentada é de caráter observacional transversal. Foi realizada por meio de um levantamento domiciliar por amostragem probabilística entre mulheres adultas, visando identificar o consumo de álcool, comportamentos de violência doméstica e as possíveis associações entre esses dois tipos de eventos.

Considerando-se que o fator renda pode estar relacionado aos fenômenos alvo da investigação (Carvalho-Barreto *et al.*, 2009; Vieira *et al.*, 2008) a pesquisa mais ampla irá comparar os dados coletados em dois bairros de diferentes classe sócio-econômicas na cidade de Juiz de Fora -MG. A investigação aqui delineada foi realizada em apenas um bairro, de baixa renda, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conforme dados do censo realizado no ano 2000.

A partir das informações colhidas foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais a fim de se identificar: a) a prevalência dos fenômenos abordados; b) as associações entre consumo de álcool e violência doméstica na população estudada.

Pretende-se, com os dados obtidos, retratar como dois fenômenos, frequentemente associados na literatura, apresentam-se no contexto local. O consumo de álcool entre mulheres e a violência no âmbito das relações familiares são considerados relevantes problemas de saúde pública, mediados por fatores culturais e contextuais. Assim, a presente caracterização apresenta-se relevante para o processo de elaboração de estratégias capazes de diminuir os danos pessoais e sociais decorrentes desses eventos (Abramsky *et al.*, 2011).

Esta investigação, ao fornecer informações acerca do consumo de álcool e da violência doméstica tal como se apresentam num contexto comunitário, retrata a distribuição de tais problemas numa população que não necessariamente buscou tratamento,

como ocorre nas pesquisas junto a agências de proteção social ou de saúde. Constitui-se, dessa forma, numa ferramenta útil para a descrição de casos que podem estar distantes dos serviços oficiais de tratamento/apoio. Ao descrever e identificar associações entre esses fenômenos numa população, este estudo contribui, ainda, para o desenvolvimento de hipóteses de trabalho para lidar com esses casos os quais, no Brasil, ainda são poucos retratados através de inquéritos de base populacional (Oliveira *et al.*, 2009; Zaleski *et al.*, 2010a; Zanoti- Jeronymo *et al.*, 2009).

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo geral

- Investigar a associação entre a ocorrência de episódios de violência doméstica (entre o casal e também direcionada aos filhos) e os padrões de consumo de álcool entre mulheres de um bairro de baixa renda da cidade de Juiz de Fora-MG.

5.1.2. Objetivos específicos

- Estimar a prevalência dos padrões de consumo de álcool nas mulheres adultas de um bairro de baixa renda da cidade de Juiz de Fora-MG.
- Estimar a prevalência das manifestações de violência doméstica entre casais e direcionada aos filhos no universo pesquisado.
- Investigar a relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool da mulher e os tipos de violência doméstica (entre o casal e direcionada aos filhos).
- Investigar a associação entre o consumo de risco (ou a dependência) e o papel da mulher como vítima ou agressora do companheiro e/ou dos filhos.

5.2. Desenho

Considerando-se os objetivos de pesquisa delineados, foi realizado um levantamento de domicílios por amostragem probabilística a fim de assegurar a representatividade dos resultados obtidos para a população alvo do estudo (mulheres residentes em um bairro de Juiz de Fora – MG). A técnica de levantamento ou *survey* apresenta-se adequada, uma vez que visa à identificação de comportamentos numa população (Calais, 2007).

Dadas restrições de tempo, orçamento, e de recursos humanos para a realização do trabalho de campo da pesquisa, a mesma foi delineada com o objetivo de permitir a inferência estatística apenas para a localidade investigada, e não para todo o município de Juiz de Fora-MG.

Foi realizado sorteio para se identificar o bairro de baixa renda a ser pesquisado. Visando retratar população desse perfil, sem abordar situações extremas, ficou estabelecido que seria aleatoriamente identificado um bairro situado entre o 20º e o 30º percentis de rendimento médio mensal por pessoa segundo os dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2000. A partir desses critérios, o bairro Linhares foi eleito.

As participantes responderam às questões contidas em quatro instrumentos: questionário sócio-demográfico, um instrumento de rastreio para o consumo de álcool, AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*), e duas escalas de violência doméstica (uma relativa à relação de casal CTS2 - *Revised Conflict Tactics Scales*, e outra referente à relação com os filhos, CTSPC - *Parent-Child Conflict Tactics Scales*).

O questionário, instrumento recomendado para levantamentos (Günther, 2003), foi utilizado para a obtenção de informações sócio-demográficas. No presente estudo, o questionário incluiu questões capazes de caracterizar a amostra em termos de idade, raça, escolaridade da mulher e do companheiro, religião, estado civil, número de filhos, situação profissional da mulher e do companheiro, classe econômica. Visando colher informações de forma rápida e padronizada, o mesmo foi aplicado em forma de entrevista, individualmente, por uma pesquisadora.

Com base no resultado do AUDIT, instrumento de rastreamento do consumo de álcool, as mulheres foram classificadas em três níveis, a partir das pontuações obtidas com a soma questões respondidas: consumo de baixo risco ou abstinências, usuárias de

risco e prováveis dependentes de álcool. Conforme as possibilidades de aplicação mencionadas em seu manual, na presente investigação optou-se pela utilização através da entrevista individual, como forma de garantir a compreensão das questões, especialmente as que se referem à dose padrão (unidade de medida fundamental do instrumento).

A aplicação das duas escalas de violência (CTS2 e CTSPC) forneceu escores relativos a comportamentos violentos e não violentos direcionados ao parceiro e aos filhos, respectivamente. Considerando-se a natureza delicada do conteúdo dessas escalas, as mesmas foram auto-aplicadas, ou realizadas através de entrevista sem que a pesquisadora tivesse acesso às respostas, garantindo, dessa maneira, que fossem fornecidas de modo confidencial, estratégia parecida com a observada em estudo similar, utilizando as mesmas escalas de violência (Kelleher *et al.*, 2008). Também visando garantir o sigilo das respondentes, em nenhum dos instrumentos acima mencionados constou local para registro do nome das participantes da pesquisa³.

As manifestações comportamentais direcionadas ao parceiro contempladas na CTS2 são: negociação, agressão psicológica, violência física, coerção sexual, bem como conseqüências dos atos violentos sobre a saúde do respondente e de seu companheiro (injúria). No presente estudo, conforme os objetivos previamente delineados, serão analisadas apenas as questões relativas a agressão psicológica, física, sexual e injúria.

Já a investigação do comportamento direcionado aos filhos na CTSPC aborda: disciplina não-violenta, agressão psicológica e violência física (subdividida em: punição corporal, maus-tratos físicos, maus-tratos físicos graves). Neste trabalho serão analisados, de acordo com os objetivos definidos, somente os itens de agressão psicológica, punição corporal e maus tratos (englobando numa única categoria, maus tratos físicos e os maus tratos físicos considerados graves).

Nas escalas de violência adotadas, cada uma dessas manifestações comportamentais é apresentada através de perguntas que permitem verificar se: determinada conduta aconteceu ou não (prevalência), se foi praticada pelo respondente ou pelo parceiro e o número de vezes em que o comportamento ocorreu num dado período (cronicidade). Essas perguntas estão classificadas de forma a abranger comportamentos, dentro de cada escala ou categoria, mais ou menos severos, conforme classificação dada pelo autor do instrumento.

³ Os formulários foram arquivados e analisados a partir de um código composto por letras e números.

Também foi prevista, na elaboração da CTS2 e da CTSPC, que as respostas podem ser codificadas e analisadas sob a forma de variáveis categóricas, considerando-se apenas a ocorrência ou não de dado comportamento; ou sob a forma de dados ordinais, ao se computar a frequência de cada ação e sua severidade. Neste estudo, somente as informações relativas à prevalência foram consideradas.

Uma adaptação prevista nos manuais de aplicação do AUDIT, da CTS2 e da CTSPC diz respeito ao lapso temporal investigado. Visando atender as necessidades de investigações posteriores inseridas no projeto maior, onde este trabalho se encontra inserido, foi solicitado às entrevistadas que respondessem às questões com base nos eventos ocorridos nos últimos 3 meses, ao contrário do período de 1 ano, comumente utilizado nesses instrumentos. Destaca-se, porém, que além das escalas de violência abarcarem determinado período, as mesmas possibilitam ao respondente mencionar se tais eventos já aconteceram antes, o que retrata a presença desses episódios na vida da pessoa.

5.3. População e cálculo amostral

As mulheres domiciliadas na região do bairro Linhares, na faixa etária de 18 a 60 anos de idade, alfabetizadas, que não apresentaram comprometimento cognitivo evidente, formaram a população alvo do estudo. A partir dessa população foi extraída uma amostra aleatória. Os comportamentos de violência doméstica foram investigados apenas nas mulheres que possuíam filhos com até 18 anos e/ou naquelas com relacionamento conjugal, seja com marido ou com companheiro, residente no mesmo domicílio.

Para o cálculo do tamanho da amostra de mulheres, foram considerados dados de pesquisa realizada anteriormente, a qual estimou a prevalência de consumo de risco de bebida alcoólica entre mulheres em Juiz de Fora como sendo aproximadamente de 9,1% (Amato *et al.*, 2008). Além disso, considerou-se 3% de erro máximo desejado para a pesquisa, nível de confiança de 95%, correção para populações finitas (considerando N=5450, mulheres residentes no bairro Linhares, de acordo com o Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE), efeito do plano amostral igual a 2 e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 25%. Desta forma, o tamanho da amostra foi calculado inicialmente como sendo de 412 respondentes. Entretanto, visando atender a necessidades do projeto maior no qual este estudo encontra-se inserido, este tamanho amostral foi aumentado, visando pesquisar aproximadamente 800 mulheres.

Para a seleção da amostra de mulheres moradoras da região do bairro Linhares foi adotado o método de amostragem por conglomerados em dois estágios. As ruas pertencentes ao bairro foram consideradas como unidades primárias de amostragem (UPAs), e os domicílios, como unidades secundárias de amostragem (USAs). Para a seleção das ruas, foi adotado o método de amostragem aleatória simples sem reposição, enquanto os domicílios foram selecionados por amostragem sistemática. Dessa forma, em cada domicílio, as pesquisadoras de campo buscaram entrevistar todas as mulheres pertencentes à população alvo.

No bairro Linhares foram identificadas 59 ruas através de busca realizada no catálogo telefônico e no site dos correios. Destas, foram sorteadas 25 ruas, dentre as quais foram posteriormente excluídas 7, após constatação de que uma delas era uma praça (onde não haviam domicílios) e as outras 6 estavam localizadas em áreas de difícil acesso, com altos índices de criminalidade. Foi realizado um novo sorteio para reposição das ruas excluídas, sendo que 2 dessas novas ruas também precisaram ser excluídas, num segundo momento, por questões de segurança, perfazendo um total de 23 ruas que constituíram a amostra de UPAs.

Nestas ruas sorteadas foi realizado um trabalho de reconhecimento dos locais que consistiu em se percorrer cada uma delas com o objetivo de identificar sua extensão, registrando os números das casas onde as mesmas iniciavam e terminavam (em ambos os lados, pares e ímpares). Neste momento, foram excluídas da contagem, por questões de segurança, as residências situadas em “escadões”: ramificações estreitas das ruas, cujo acesso se dá exclusivamente por meio de escadas que praticamente obrigam o pesquisador a permanecer em locais restritos, fora do campo de visão das pessoas que estão nas ruas.

Cabe destacar ainda que a definição de domicílio aqui adotada se refere à imóvel utilizado para fins de moradia permanentes, excluindo-se dessa forma: casas onde se permanece apenas nos finais de semana, repúblicas, estabelecimentos comerciais, garagens, imóveis desocupados.

A partir dessa contagem rápida, nas 23 ruas, identificou-se um total de 1094 domicílios particulares permanentes, conforme as informações contidas na tabela abaixo.

Tabela 1

Ruas selecionadas (UPAs) no bairro Linhares

Ruas	Nº de domicílios
Rua Alexandre Pinto Coelho	13
Rua Ângelo Bigi	209
Rua Antônio Baldi	9
Rua Antônio Damião	50
Rua Capitão Maurício Sávio	39
Rua Carlos Estevão da Silva	20
Rua Cezarino Gomes de Oliveira	48
Rua Conceta Zito Baldi	8
Rua Delver Corni Dias	17
Rua Diva Garcia	111
Rua Esméria de Jesus	37
Rua Eunice Fortini Costa	12
Rua Heitor Santos Júnior	116
Rua Henrique Miranda de Sá	145
Rua Itália	35
Rua Joaquim Loureiro da Silva	23
Rua José Cirilo	20
Rua Manoel Albino do Nascimento	8
Rua Maria da Glória Oliveira Fávoro	42
Rua Ministro Odilon Braga	6
Rua Professor Raimundo Tavares	22
Rua Romeu Pastori	75
Rua Vera Lúcia	29
Total de domicílios	1094

Para a definição do tamanho da amostra de USAs, considerou-se a informação do Censo Demográfico 2000, de que os domicílios de Juiz de Fora tinham em média 1,1 mulheres pertencentes à população alvo. Sendo assim, o tamanho da amostra de domicílios necessários foi definida como sendo de 722 domicílios. Definiu-se então que nas ruas com até 42 domicílios (inclusive), todos os domicílios seriam visitados, totalizando 340 domicílios. Além disso, nas demais ruas, um domicílio a cada dois foram visitados, totalizando assim mais 377 domicílios. Com isso o número de domicílios selecionados ficou em 717, ou seja, um número bastante próximo daquele inicialmente considerado de 722.

Após o início do trabalho de campo foi necessário, por questões de segurança, excluir mais 2 ruas (Rua Capitão Maurício Sávio e Maria da Glória Oliveira

Fávero), as quais foram substituídas, através de novo sorteio, pelas ruas: Antônio Ribeiro de Almeida (com 52 domicílios) e Patrícia Zimmerman (onde, por sua vez, não se detectou a presença de nenhum domicílio, pois se tratava de uma rua onde seria iniciada a construção de um conjunto habitacional).

O bairro Linhares apresenta um perfil de rendimento que pode ser considerado de baixo poder aquisitivo. Dos 11.667 moradores adultos (homens e mulheres) dessa localidade (IBGE, 2010), cerca de 4.414 pessoas foram cadastradas para receber algum tipo de assistência governamental (dentre a mais conhecida, pode-se citar o auxílio financeiro denominado bolsa-família), conforme informações do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) que atende a localidade.

Apesar de ser considerado um bairro de periferia, o acesso ao centro da cidade é proporcionado por várias linhas de transporte público que percorrem cerca de 15 km do centro de Juiz de Fora até um dos pontos mais afastados do bairro, segundo informações da prefeitura. O bairro dispõe de 3 escolas municipais, 1 escola estadual e 1 creche comunitária. Possui comércio local e, em algumas regiões, há sítios onde famílias residem e trabalham no cultivo e higienização de alimentos que são vendidos para hospitais e restaurantes (empresa local).

Outra informação capaz de caracterizar o bairro diz respeito às unidades prisionais lá instaladas, as quais totalizam 4 construções. Num mesmo espaço existem: a Penitenciária José Edson Cavalieri, construída há mais de 40 anos na região; e a mais recente, Penitenciária Professor Ariosvaldo Campos Pires, esta contendo um setor destinado somente para o cumprimento de penas por mulheres. Ainda neste terreno encontra-se também o Hospital de Toxicômanos, fundado em 1985, para receber sentenciados. Por fim, em outro terreno no bairro, existe a unidade prisional CERESP (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional), em funcionamento há aproximadamente 10 anos. Segundo dados do CRAS, sabe-se que os familiares de alguns sentenciados, principalmente os de baixa renda, acabam mudando-se para o bairro a fim de facilitar o acesso ao familiar preso.

5.4. Coleta de dados e treinamento da equipe

A coleta de dados teve início no mês de Maio de 2011 e foi concluída em Outubro do mesmo ano. Foi realizada por uma equipe de pesquisadoras de campo, alunas da graduação do curso de psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, as quais foram treinadas especialmente para a realização da pesquisa.

O treinamento das pesquisadoras consistiu em: estudo do projeto de pesquisa; revisão teórica sobre o assunto com leitura de textos, levantamento bibliográfico e aulas expositivas; técnica de coleta de dados, envolvendo abordagem em campo, apresentação dos instrumentos e metodologia de amostragem. Essa preparação da equipe ocorreu de forma regular, em encontros semanais.

Durante o período de levantamento dos dados foram realizadas reuniões semanais com as pesquisadoras para supervisão e acompanhamento de todo o trabalho. Além disso, como forma de garantir a qualidade e rigor na coleta das informações, o trabalho de campo foi verificado por duas das responsáveis pelo projeto, através de checagem de uma sub-amostra aleatória dos formulários preenchidos junto às participantes do estudo, bem como das informações digitadas no banco de dados.

Foram supervisionados aproximadamente 15% dos formulários preenchidos pelas pesquisadoras. Essa supervisão se deu através da escolha aleatória de questionários aplicados por cada uma das pesquisadoras da equipe de coleta. Foram verificados itens como preenchimento de todas as questões e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi realizado um contato telefônico ou presencial com algumas das mulheres entrevistadas para verificar a adequação da abordagem de pesquisa, o recebimento dos folhetos informativos e a precisão de algumas das respostas marcadas nos questionários, tais como o número de moradores do domicílio.

Após a digitação dos questionários, foi realizado um sorteio correspondente a 5% do total de questionários digitados, o que correspondeu a 24 questionários. Todas as informações desses formulários foram conferidas, de modo a assegurar a precisão das informações lançadas no banco de dados. Nessa etapa foram encontradas poucas divergências entre o questionário impresso e o correspondente registrado no banco, e estas divergências se referiam, predominantemente, à duplicação de números como “22” no lugar de “2”, sendo que, conforme o protocolo de pesquisa, a resposta “22” era inexistente.

A equipe de pesquisa foi a campo devidamente identificada com crachá e jaleco, ambos com emblema da Universidade Federal de Juiz de Fora. As participantes foram abordadas por uma pesquisadora em seus respectivos domicílios, local onde foram aplicados os instrumentos. A coleta foi realizada em todos os dias da semana, inclusive em finais de semana e feriados, geralmente durante o dia ou no início da noite, conforme disponibilidade das mulheres entrevistadas.

Os procedimentos de sorteio da amostra descritos anteriormente foram adotados pela equipe, garantindo sua aleatoriedade. Para encontrar as mulheres residentes nos domicílios sorteados foram realizadas no mínimo 3 visitas em cada domicílio. Nas situações em que não se encontrava um morador na residência, as pesquisadoras buscaram informações junto aos vizinhos a fim de identificar a existência ou não de mulheres que atendessem aos critérios de elegibilidade para o estudo, bem como acerca dos melhores dias e horários para que pudessem ser abordadas.

A abordagem inicial consistiu na entrega de uma carta de apresentação (anexo 1) contendo informações gerais sobre a pesquisa e meios de contactar os responsáveis por ela. Na sequência foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir da concordância em participar, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: questionário sócio-demográfico, AUDIT, escalas de violência. O tempo médio para aplicação foi de cerca de trinta minutos.

Ressalta-se que as pesquisadoras aplicaram os instrumentos em local o mais isolado possível dentro do domicílio, garantindo-se, assim, a liberdade e a privacidade das entrevistadas. Esse é um dos cuidados que pesquisas sobre o tema têm utilizado buscando a preservação das possíveis vítimas (Schraiber *et al.*, 2002). Outro importante ponto a destacar é que não houve a utilização da palavra “violência” nos instrumentos e abordagens de pesquisa, sendo tais comportamentos apenas descritos, mas não qualificados como tal. Essa opção metodológica encontra fundamento na descoberta de que algumas mulheres não nomeiam situações de violência doméstica como violência, provavelmente devido às representações associadas ao termo. Nesse sentido, Schraiber *et al.* (2002) apontam que violência parece ser termo reservado para expressar o que acontece no espaço público, como o que acontece nas grandes cidades. Zaleski *et al.* (2010) ponderam ainda que a lembrança do que pode ser considerado uma agressão pode variar conforme as repercussões ou conseqüências do ato .

Por fim cabe destacar que cada pesquisadora utilizou um “diário de campo”, bloco para a anotação de informações adicionais observadas *in loco*. Com esse recurso foi possível o devido registro de dados ou situações não contemplados ou previstos nos instrumentos da pesquisa e que certamente contribuíram na compreensão das informações coletadas.

Todos os procedimentos e instrumentos de pesquisa foram previamente testados através de um estudo piloto, que foi realizado em bairro diferente do sorteado para a pesquisa.

5.5. Estudo piloto

Após as definições relativas ao desenho do estudo, e antes da coleta de dados propriamente dita, foi realizado um ensaio geral de todas as operações do trabalho de campo para avaliar questões relacionadas ao planejamento amostral. Essa etapa foi realizada em 4 ruas do bairro São Pedro, na cidade de Juiz Fora-MG, sorteado entre aqueles que apresentavam a mesma faixa de rendimento médio do bairro Teixeiras (segundo bairro sorteado, selecionado para fazer parte do projeto maior, onde este estudo encontra-se inserido).

O estudo piloto ocorreu nas últimas duas semanas do mês de novembro de 2010 e foi complementado nas duas primeiras semanas do mês de fevereiro de 2011.

A equipe de pesquisadoras foi a campo seguindo os procedimentos acima delineados, sendo que cada uma teve sob sua responsabilidade a abordagem de 4 domicílios, o que totalizaria uma amostra mínima de 32 mulheres caso todas as abordagens resultassem na identificação de mulheres elegíveis para o estudo, e dispostas a participar do mesmo. Como nessa etapa de teste não foi realizado agendamento de dia e horário para a coleta dos dados (procedimento previsto para a realização do estudo), sendo coletadas as informações apenas das mulheres que decidiram participar da pesquisa no momento da abordagem inicial, foi alcançada uma amostra total de 17 mulheres nessa fase.

Através dessas aplicações foi possível ajustar a apresentação de itens nos instrumentos de pesquisa de forma a não gerar dúvidas quanto a seu preenchimento, seja pelas pesquisadoras, seja pelas participantes do estudo. Esses ajustes se referiam tanto a aspectos da apresentação visual de alguns itens (cor e tamanho da fonte, layout do documento), quanto à redação de algumas perguntas.

Foi possível também aperfeiçoar o treinamento das pesquisadoras em situações reais de forma a se chegar a uma estimativa realista do tempo necessário para cada aplicação. Nesse sentido, destaca-se que foi observada certa variação no tempo para a obtenção das respostas, especialmente as relativas às escalas de violência (auto-aplicadas). A habilidade de leitura e até mesmo a acuidade visual das respondentes foram fatores

observados como capazes de interferir na coleta desses dados. Dessa forma, chegou-se à conclusão de que a forma mais eficaz de colher essas informações junto a mulheres que apresentassem algumas dessas dificuldades seria através da leitura dos itens pela pesquisadora. Entretanto, decidiu-se que a resposta seria registrada pela mulher, no seu formulário, sem que a pesquisadora tivesse acesso a essa informação, visando garantir a confidencialidade das respostas dadas.

Assim, ficou estabelecido a partir do estudo piloto que, no momento de apresentação da CTS2 e da CTSPC, a pesquisadora forneceria a seguinte explicação: *“agora, devido à delicadeza das próximas questões e da confidencialidade das mesmas, a senhora responderá diretamente as perguntas nesta folha sem que eu veja suas respostas. Caso a senhora prefira, eu posso ler cada uma delas no meu papel, mas a senhora marcará a resposta na sua folha”*.

5.6. Questões éticas

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer nº 090/2010 (anexo 2). Todas as participantes receberam informações sobre a pesquisa e a adesão, voluntária, aconteceu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3) por cada uma delas. Este documento forneceu dados sobre o tipo de pesquisa, seus objetivos, procedimentos e uso das informações obtidas, estabelecendo um compromisso com a privacidade de cada participante, conforme normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos (Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº16/2000; Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996).

No início da entrevista, cada participante foi informada sobre o estudo e sobre a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo solicitado seu consentimento. Ao final da sua participação, cada mulher recebeu 2 folhetos informativos: um sobre serviços de saúde, assistência psicossocial para situações de violência doméstica e consumo de álcool em funcionamento na região, e outro contendo informações gerais sobre os efeitos do consumo de álcool sobre a saúde (anexos 4 e 5). Esse material foi elaborado especificamente para orientar e atender às participantes do estudo.

5.7. Instrumentos de coleta de dados

Nesta seção serão detalhados os instrumentos utilizados na coleta dos dados de pesquisa, todos anexados no final do presente documento.

O questionário sócio-demográfico (anexo 6) foi composto por 21 itens. Estes visam descrever a amostra a partir de características consideradas relevantes em estudos anteriores sobre o assunto (Kelleher *et al.*, 2008; Lamoglia e Minayo, 2009; Schraiber *et al.*, 2002; Vieira *et al.*, 2008), bem como questões já utilizadas por centros de pesquisa com experiência reconhecida em levantamentos domiciliares (tais como o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID, e a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP).

Nesse sentido, para a caracterização sócio-econômica das participantes, considerando-se a dificuldade em se coletar dados acerca de rendimentos auferidos (Zaleski *et al.*, 2010b), optou-se pela utilização do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da ABEP (CCEB,2009). Esse critério estima a renda individual, conforme classes econômicas (A1,A2,B1,B2,C1,C2,D,E), através da pontuação atribuída a um índice composto por: posse de itens e escolaridade do chefe da família.

Os demais instrumentos são padronizados e por essa razão permitem a comparação das informações coletadas com outras, de diferentes estudos. São eles: o AUDIT (usado para investigar problemas relativos ao uso do álcool) (anexo 7); a CTS2 e a CTSPC (anexos 8 e 9), os dois últimos utilizados para a obtenção de informações sobre violência entre casais e entre pais e filhos respectivamente.

O primeiro instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, com a primeira publicação em 1989, e já é disponibilizado em português (Babor *et al.*, 2006). Os dois últimos foram desenvolvidos inicialmente na língua inglesa, a partir de 1972. Desde então a versão inicial da CTS (para casais) sofreu revisões e reformulações, até o desenvolvimento das duas versões atuais: CTS2, para a violência entre parceiros íntimos, e a CTSPC para a violência direcionada aos filhos, ambas amplamente usadas em pesquisas sobre violência doméstica. Essas duas escalas de violência já foram avaliadas em amostras brasileiras no que tange à equivalência conceitual, semântica e propriedades psicométricas (Moraes, Hasselmann & Reichenheim, 2002; Moraes & Reichenheim, 2002; Reichenheim e Moraes, 2003; Reichenheim & Moraes, 2006b; Reichenheim, Klein & Moraes, 2007). Em

ambas a maioria das estimativas de confiabilidade intra-observador (kappa) apresentou pontuação acima de 0.75, e a consistência interna variou de 0.49-0.68 na CTSPC, e de 0.65-0.86 na CTS2 (Moraes & Reichenheim, 2002; Reichenheim & Moraes, 2006b).

O AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*) é um instrumento de rastreamento desenvolvido para ajudar profissionais de saúde a identificar os padrões de consumo de álcool das pessoas. Através de 10 questões que abordam frequência de uso, quantidade de doses, sintomas de dependência e conseqüências nocivas do consumo, obtém-se um escore que irá refletir o nível de risco que o respondente tem com o uso do álcool. Cada resposta corresponde a uma pontuação que irá corresponder aos seguintes níveis ou padrões de consumo: consumo de baixo risco ou abstêmios (0 a 7 pontos), consumo de risco (8 a 19 pontos) e provável dependência (20 pontos ou mais).

A CTS2 (*Revised Conflict Tactics Scales*) foi concebida para avaliar a violência entre casais, fornecendo dados sobre o respondente e também sobre seu par. É composta de 78 itens, sendo que cada item é apresentado em pares de 02 perguntas. A primeira pergunta de cada par se refere a um possível comportamento do respondente, e a segunda se refere à mesma ação, só que praticada pelo companheiro.

Esse instrumento é composto de 5 sub-escalas as quais abordam a ocorrência de comportamentos de negociação, agressão psicológica, violência física, conseqüências da violência sobre a saúde do respondente e de seu companheiro (injúria) e coerção sexual entre o casal.

A conduta de negociação refere-se à adoção de ações que visam acordo numa discussão (por exemplo: explicar para o companheiro o que é o alvo da discordância entre eles; explicar que respeita o ponto de vista dele). A agressão física é apresentada através de comportamentos como chutar, dar surra, bofetada, derramar líquido quente, segurar com força, usar faca, entre outros. Insultar, xingar, gritar e ameaçar são exemplos usados de agressão psicológica. A injúria é medida através da existência de contusões, desmaios, “manchas roxas”, ossos quebrados em decorrências de brigas entre o casal. Já a coerção sexual é apresentada através de ações com ameaçar, insistir, usar a força física a fim de obter do companheiro uma prática sexual.

A CTSPC (*Parent-Child Conflict Tactics Scales*) foi elaborada a partir de um refinamento do instrumento anterior visando abordar a relação pais/filhos. São apresentadas

questões onde o respondente deve informar a ocorrência de alguns comportamentos por ele adotados junto a crianças.

Composta por 22 itens é dividida em 3 escalas: disciplina não-violenta (explicar o erro, colocar de castigo, por exemplo), agressão psicológica (xingar, gritar, ameaçar expulsar ou bater) e violência física (tal como: dar bofetada no rosto, jogar criança no chão, ameaçar com faca), sendo esta última subdividida em: punição corporal, maus-tratos físicos, maus-tratos físicos graves.

Segundo Strauss (2007), autor da CTS2 e da CTSPC, tais instrumentos investigam a ocorrência de comportamentos que, ao contrário das emoções, atitudes e crenças, são menos suscetíveis a distorções relativas à interpretação dos fatos. Essa opção por abordar a ocorrência de atos específicos tem se mostrado eficaz no contexto de pesquisa, uma vez que minimiza problemas decorrentes de divergências no que se refere à própria noção de agressão/violência que pode variar entre as pessoas (Schraiber *et al.*, 2002).

Destaca-se que a escolha metodológica por esses 2 instrumentos de avaliação da violência doméstica reflete o entendimento de que os atos violentos são passíveis de ocorrência recíproca, ou seja, vislumbra a possibilidade do respondente ser agressor e agredido, conforme achados de pesquisa (Vieira *et al.*, 2008; Whiting *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a violência na família deve ser tratada como fenômeno complexo, que tende a não permanecer restrito a apenas um membro da relação familiar (Reichenheim *et al.*, 2006a). Segundo Salisbury *et al.* (2009), a prevenção, tratamento e investigação desses eventos devem migrar de modelos baseados em únicos perpetradores e simples díades para níveis relacionais mais amplos.

5.8. Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados e analisados através do *software* estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

Foram realizadas análises exploratórias através de tabelas de distribuições de frequências e análises estatísticas bivariadas com o objetivo de avaliar a associação entre violência doméstica, características sócio-demográficas e o consumo de álcool. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados testes de Qui-quadrado de Pearson ajustado para considerar as características do desenho amostral adotado (Skinner, Holt e Smith, 1989), implementado no módulo Complex Samples do *software* SPSS.

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS

O levantamento por amostragem domiciliar realizado compreendeu a abordagem a 781 domicílios. Destes, em 169 não existiam mulheres que atendessem os critérios de elegibilidade para a pesquisa (ter entre 18 e 60 anos, ser alfabetizada e não apresentar comprometimento cognitivo evidente); e em 100 residências, as pesquisadoras não foram atendidas por ninguém. Nos 512 domicílios restantes, que possuíam mulheres elegíveis e que receberam uma pesquisadora da equipe de campo, foram obtidas 480 entrevistas; 34 mulheres recusaram-se a participar do estudo, e 92 foram mulheres foram identificadas (pessoalmente ou através de informações de terceiros), mas não foram localizadas para que pudessem responder às questões da pesquisa. A taxa de resposta nos domicílios foi de 72.65%, índice considerado aceitável para investigações dessa natureza, e similar ao obtido em outros levantamentos domiciliares sobre a temática realizados no país (Oliveira *et al.*, 2009; Zaleski *et al.*, 2010a; Zanoti-Jeronymo *et al.*, 2009).

Na amostra pesquisada predominaram mulheres brancas (57.3%), católicas (62.9%), casadas formalmente ou vivendo em união estável (57.6%), exercendo atividade profissional (64.3%), e pertencentes à classe econômica C (63%), segundo critérios da ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB,2009). A maior parte (31.5%) apresentou instrução até a 4ª série do ensino fundamental, seguido do grupo com o ensino médio completo (29.5%). Cerca de 10% das mulheres ouvidas possuía instrução de nível superior (incompleto, completo ou pós-graduação). Em relação à idade, foi encontrada uma distribuição similar para cada faixa etária: 24.2% das mulheres entre 18 e 29 anos; 26.4% entre 30 a 39 anos; 25.6% de 40 a 49 anos e, 23.8% na faixa de 50 a 60 anos. A totalização desses dados é apresentada na tabela 2.

No que se refere ao consumo de álcool, a prevalência do consumo considerado de risco na população feminina foi de 7%. Os dados relativos aos padrões de consumo na população pesquisada estão sintetizados na tabela 3.

Tabela 2
Caracterização sócio-demográfica das participantes

Variável	Frequência relativa	N
Faixa etária		
18 a 29 anos	24.2%	123
30 a 39 anos	26.4%	126
40 a 49 anos	25.6%	115
50 a 60 anos	23.8%	116
Grupo Étnico		
Caucasóide	57.3%	281
Negro	25,0%	114
Mulato	14.9%	72
Asiático	0.5%	2
Índio	1.9%	8
Religião		
Não tem	5.1%	24
Católica	62.9%	298
Espírita	2.6%	13
Evangélica/protestante	26.6%	132
Outras	2.4%	12
Estado Civil		
Casada	37.2%	186
União estável	20.4%	105
Solteira	26.9%	121
Viúva	4.1%	19
Divorciada	10.8%	46
Escolaridade		
Analfabeto/até 3a série fundamental	9.5%	47
Até 7a série fundamental	31.5%	145
Fundamental completo	8.8%	47
Ensino médio incompleto	10.2%	45
Ensino médio completo	29.5%	141
Superior incompleto	4.6%	25
Superior completo	4.1%	21
Pós-graduado	1.9%	9
Renda média familiar estimada (classe econômica)		
R\$11.480 (A1)	0.1%	1
R\$8.295 (A2)	1%	7
R\$4.754 (B1)	5.7%	26
R\$2.656 (B2)	18.3%	95
R\$1.459 (C1)	33.9%	155
R\$962 (C2)	29.1%	124
R\$680 (D)	11.7%	55
R\$415 (E)	0.1%	1

Tabela 3

Prevalência do consumo de álcool nas mulheres estudadas

Padrões de consumo	Frequência relativa	N
Abstêmias/baixo risco	92.2%	444
Consumo de risco	7%	33
Dependência	0.8%	3
Total	100%	480

Como o recorte temporal abarcado no levantamento das informações sobre violência doméstica priorizou episódios recentes, ocorridos nos últimos 3 meses, sendo que para se responder as escalas de violência as mulheres deveriam possuir filhos menores de 18 anos e/ou possuir relação conjugal em que residissem junto ao companheiro, nem todas as 480 mulheres entrevistadas atenderam a esses critérios. Dessa maneira, apenas 292 mulheres possuíam relação conjugal nos moldes delineados pelo estudo, no momento, e 252 tinham filhos até 18 anos. Assim, as informações relativas aos comportamentos de violência doméstica foram retirados desta sub-amostra do total de mulheres que participou da pesquisa.

O instrumento utilizado para medir a violência praticada entre parceiros íntimos (CTS2) permitiu a identificação de 3 tipos de condutas violentas, conforme a natureza das ações, além de situações injúria (aquelas que resultaram em lesão física ao companheiro). As respostas das mulheres foram organizadas conforme a ocorrência de pelo menos uma das condutas classificadas em cada uma das 4 categorias contempladas pela escala. Dessa maneira, foi possível constatar a prevalência dos comportamentos violentos praticados tanto pela mulher quanto por seu companheiro, segundo o relato da entrevistada.

A agressão psicológica ao parceiro foi investigada perguntado-se às mulheres se já haviam praticado ou sido vítimas das seguintes condutas: insultar ou xingar o companheiro; chamá-lo de gordo, feio ou alguma coisa parecida; destruir alguma coisa dele de propósito; gritar ou berrar com ele; virar as costas e ir embora no meio de uma discussão; acusá-lo de ser “ruim de cama”; fazer alguma coisa para ofendê-lo; ameaçar acertar ou jogar alguma coisa nele. Pelo menos um desses comportamentos foi adotado por 77% das mulheres que responderam à escala de violência entre o casal. Segundo informado por essas mulheres, seus companheiros adotaram esse tipo de conduta em 71% dos casos.

A violência física contra o parceiro foi praticada por cerca de 24% das mulheres entrevistadas, e abarcou, no mínimo, um dos seguintes comportamentos: jogar alguma coisa no companheiro que poderia machucá-lo; torcer o braço ou puxar o cabelo dele; dar um empurrão; usar uma faca ou arma contra ele; dar um murro ou acertá-lo com alguma coisa que pudesse machucar; sufocar ou estrangular o companheiro; jogá-lo contra a parede com força; dar uma surra nele; segurá-lo com força; dar um tabefe ou bofetada nele; queimar ou derramar líquido quente no companheiro de propósito; chutá-lo. As mulheres relataram terem sido vítimas de pelo menos uma dessas agressões em quase 20% das situações investigadas.

A coerção sexual foi considerada da seguinte maneira: obrigar o companheiro a fazer sexo sem usar camisinha; usar a força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigá-lo a fazer sexo oral ou anal; usar a força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigá-lo a fazer sexo; insistir em fazer sexo com o companheiro, contra a vontade deste, sem usar força física; fazer ameaças para obrigá-lo a fazer sexo oral ou anal; insistir para que fizesse sexo oral ou anal sem usar força física; fazer ameaças para obrigá-lo a fazer sexo. Cerca de 14% das mulheres admitiram ter adotado pelo menos um desses comportamentos na vida. Por outro lado, afirmaram terem sofrido pelo menos uma dessas agressões em cerca de 16% dos casos, constituindo-se na única modalidade de violência na qual houve um relato de maior vitimização das mulheres quando comparado aos índices de perpetração dessa violência pelas mesmas.

A injúria teve uma prevalência aproximada de 13% nas mulheres ouvidas, as quais reconheceram que teriam gerado alguma lesão em seus parceiros. Estes teriam lesionado de alguma maneira suas companheiras em 9.5% das situações relatadas. As situações de injúria foram retratadas quando um dos membros do casal apresentou pelo menos uma dessas consequências: teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga; desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga; foi ou deveria ter ido a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga; quebrou um osso por causa de uma briga; sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga.

Os atos de violência praticados pelas mulheres em relação aos filhos foram subdivididos em 3 modalidades: agressão psicológica, punição corporal e maus-tratos físicos. A primeira, praticada por aproximadamente 90% das mulheres, englobou pelo menos uma

dessas condutas: falar alto, berrar ou gritar com o filho; xingar ou rogar praga; ameaçar expulsá-lo/a de casa; ameaçar dar um tapa nele; chamá-lo de estúpido, burro, preguiçoso ou de outra coisa parecida.

A punição corporal consistiu em: sacudir; bater no bumbum com um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro; dar palmada no bumbum; dar um tapa na mão, no braço ou na perna; beliscar; dar tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas. Foi relatada, através da adoção de no mínimo uma dessas ações, por 77% das mulheres entrevistadas com filhos até 18 anos.

Maltratar fisicamente foi conduta adotada por cerca de 20% das mulheres com filhos, sendo tal conduta caracterizada por pelo menos uma dessas ações: bater com a mão fechada ou chutar com força; agarrá-lo pelo pescoço e sacudi-lo; bater muito, sem parar, o máximo que conseguiu; queimar ou derramar líquido quente nele de propósito; bater em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro; ameaçar com uma faca ou arma; jogar no chão. Os dados relativos à violência doméstica foram sintetizados nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4

Prevalência de Violência doméstica entre o casal

Tipos de violência	Praticada pela mulher		Praticada pelo homem	
	Frequência relativa	N	Frequência relativa	N
Violência psicológica	77%	219	70%	205
Violência física	24%	73	20%	64
Violência sexual	14%	41	16%	48
Injúria	13%	40	9.5%	27

Tabela 5

Prevalência de Violência doméstica contra filhos

Tipos de violência	Frequência relativa	N
Violência psicológica	90%	223
Punição corporal	77%	198
Maus tratos físicos	20%	50

Visando identificar características sócio-demográficas da população estudada que poderiam apresentar algum tipo de associação com a ocorrência de episódios de violência doméstica, foram realizadas análises bivariadas. Testou-se, separadamente, a

associação de cada tipo de violência (praticada pela mulher em relação aos filhos; pela mulher em relação ao companheiro; e, deste, em relação à mulher) com algumas características das entrevistadas (idade, etnia, religião, escolaridade, estado civil, se exerce ou não atividade profissional, classe econômica).

Ao nível de significância de 5%, foram encontradas evidências de associação estatística entre idade da mulher e a prática de punição corporal ($p=0.006$) e psicológica ($p=0.019$) contra os filhos.

Outras características que se mostraram associadas, com significância estatística foram: etnia com a prática de maus tratos ($p=0.017$); religião com a prática de violência psicológica ($p=0.009$) e sexual ($p=0.011$) pelo homem; religião com prática de maus tratos físicos por ela ($p=0.027$) e também de violência sexual em relação ao parceiro ($p=0.03$).

Da mesma maneira, escolaridade também se associou à prática de maus tratos físicos contra os filhos ($p=0.002$), de violência psicológica contra os mesmos ($p=0.022$) e de violência sexual contra os parceiros ($p=0.007$), além da prática de violência psicológica pelo homem ($p=0.014$).

No que se refere ao estado civil, observou-se associação com a prática da violência entre parceiros: violência física, sexual e injúria praticadas pela mulher ($p=0.028$, $p<0.001$ e $p=0.016$, respectivamente) e violência sexual praticada pelo homem ($p=0.001$).

As classes econômicas evidenciaram associação com a violência praticada pela mulher: na modalidade punição corporal contra os filhos ($p=0.026$) e psicológica contra o companheiro ($p=0.017$). Não foram observadas evidências de associação significativa entre a violência doméstica e a situação de emprego da mulher.

Verificando a associação entre os padrões de consumo de álcool (abstêmias/consumo de baixo risco, uso de risco e dependentes) e prática de atos de violência pela mulher, constatou-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0.049$) entre consumo de álcool e condutas de maus tratos físicos direcionadas aos filhos. Cerca de 54% das mulheres que apresentaram consumo de álcool de risco nos últimos 3 meses afirmaram terem praticado pelo menos uma das ações classificadas como maus tratos físicos na vida. Não foram identificadas associações desse tipo quando se observou o consumo de álcool da mulher e a prática de violência contra seu parceiro.

Já no que se refere à vitimização pelo parceiro, foi encontrada associação ($p=0.020$) entre injúria, ou seja, danos à saúde da mulher provocados pelo companheiro e o consumo de álcool pela mulher. Aproximadamente 26% das que apresentaram consumo de risco nos últimos 3 meses, afirmaram terem apresentado algum tipo de dano à saúde em decorrência das brigas com o companheiro. Dentre as consideradas abstêmias ou com consumo de baixo risco, esse percentual foi de cerca de 8.4%.

Quando consideradas apenas duas categorias para o consumo de álcool (abstêmias/baixo risco e consumo de risco, este último englobando a provável dependência), os padrões de consumo da mulher também se apresentaram associados de forma estatisticamente significativa ($p=0,039$) com ser vítima de violência física pelo parceiro. Aproximadamente 36% das mulheres com consumo de risco nos últimos 3 meses sofreram agressões físicas dos parceiros no mesmo período. No grupo das abstêmias, esse percentual foi de aproximadamente 18%. A tabela 6 relaciona o consumo de álcool das mulheres com os comportamentos de violência investigados.

Tabela 6

Associação entre violência doméstica e consumo de álcool da mulher

Tipos de violência	Padrões de consumo de álcool					
	Abstêmias		Consumo de risco		Dependência	
	Frequência relativa	N	Frequência relativa	N	Frequência relativa	N
Violência contra o homem						
Psicológica	75.5%	200	100%	18	100%	1
Física	24.2%	65	31.6%	7	100%	1
Sexual	13%	34	36.9%	7	0	0
Injúria	12.9%	18	19.9%	4	0	0
Violência contra os filhos						
Psicológica	88.9%	204	94.2%	17	100%	2
Punição corporal	76.9%	182	75.1%	14	100%	2
Maus tratos físicos*	17.6%	41	54.1%	9	100%	2
Violência contra a mulher						
Psicológica	70.2%	189	82.3%	15	100%	1
Física	18.7%	55	35.6%	8	100%	1
Sexual	15.8%	43	24.7%	5	0	0
Injúria *	8.4%	21	26.4%	6	0	0

* $p<0,05$ no teste Qui-Quadrado

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO

Apesar da evidente associação na literatura acadêmica entre violência doméstica e consumo de álcool (Moore *et al.*, 2008; Stuart *et al.* 2009), entre profissionais de diversas áreas (social, jurídica e de saúde) e na sociedade de forma geral (decreto nº 6.117, 2007⁴; Martin *et al.*, 2008; Signori & Madureira, 2007), estudos com informações sobre como esses fenômenos se apresentam em determinada população, em amostras comunitárias, ainda são escassos e recentes no país. (Oliveira *et al.*, 2009; Zaleski *et al.*, 2010a; Zanoti- Jeronymo *et al.*, 2009). Em contexto comunitário, a presente pesquisa forneceu um panorama desses eventos, os quais tendem a ser subdimensionados nos serviços de saúde e, pela sua natureza, envolvem um delicado processo de detecção (Moura e Reichenheim, 2005).

Vale destacar que o panorama aqui retratado refere-se a uma população de mulheres adultas domiciliadas num bairro de baixa renda da cidade de Juiz de Fora – MG. O bairro pesquisado possui características que se assemelham, em alguns aspectos, com as de outras localidades no país. A maior parte da amostra (63%), por exemplo, pertence à classe econômica C, equivalente a faixa de rendimento onde se situam aproximadamente 48% da população do país (CCEB,2009).

Esse panorama também indica como o contexto local pode se diferenciar das demais localidades já pesquisadas no Brasil, fornecendo indícios de como as diferenças regionais podem se expressar, especialmente ao se considerar que os fenômenos abordados reconhecidamente são influenciados por fatores contextuais e culturais. Nesse sentido, Moura e Reichenheim (2005), ao pesquisarem 16 capitais no país, encontraram uma das menores taxas de violência entre casais numa cidade localizada na região Nordeste, a qual reuniu os maiores percentuais desse tipo de violência no Brasil.

Vale lembrar ainda que a localidade pesquisada situa-se num cenário onde a violência urbana (através do tráfico de drogas e da presença de instituições prisionais, por exemplo) se faz presente, conforme foi possível observar através de algumas informações colhidas na aproximação inicial com o campo. Tais aspectos não se constituíram em foco do trabalho, porém são importantes fatores para uma compreensão mais ampla dos resultados obtidos.

⁴ Decreto que aprova a política nacional sobre álcool. Visa o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo prejudicial de álcool, tais como acidentes de trânsito e violência doméstica.

Os dados, na população estudada, pertinentes à prevalência do consumo de álcool entre mulheres, considerando-se o consumo de risco e a provável dependência, totalizaram cerca de 7.8%. Esse percentual está próximo do encontrado em estudo anterior (9.1%), realizado na cidade de Juiz de Fora – MG, com população atendida por serviço de atenção primária à saúde (Amato *et al.*, 2008).

Já acerca das manifestações de violência doméstica, o cenário observado, segundo relatado pelas mulheres, demonstrou que em todas as modalidades de violência praticada entre parceiros íntimos, à exceção da violência sexual, elas tendem a adotar mais condutas agressivas que seus companheiros. A violência psicológica apresentou prevalência de 77%, quando praticada pelas mulheres, e de 71%, quando praticada pelos homens. Os dados relativos à violência física foram de 24% para mulheres agressoras e de 20% do mesmo comportamento, sendo os homens os agressores. Até as situações de injúria tiveram maior frequência quando as mulheres foram as causadoras das lesões: 13% das ocorrências. Os homens teriam provocado danos à saúde das parceiras em aproximadamente 9.5% dos casos. Nesse sentido, meta-análise empreendida por Archer (2002), indica que as mulheres tendem a subestimar menos que os homens os atos de violência por elas praticados, achado que contribui para o entendimento desses resultados.

A violência sexual, entretanto, de acordo com os achados da presente investigação, seria conduta mais frequente dos homens (16%), quando comparada quando com o mesmo comportamento adotado pelas mulheres (14%). Maiores taxas de perpetração em mulheres, quando comparadas com homens, também foram encontradas em dois estudos de representatividade nacional realizados no Brasil (Reichenheim *et al.*, 2006c; Zaleski, *et al.*, 2010a).

As prevalências encontradas, no presente estudo, para violência psicológica praticada entre casais (71% e 77%, conforme o gênero do agressor) são próximas às obtidas por Reichenheim *et al.* (2006c) em levantamento realizado em 16 capitais brasileiras (média de 78.3% de agressão psicológica). Nessa mesma pesquisa, foram encontradas, em média, prevalência de violência física praticada por mulheres em torno de 20%, e praticada por homens de aproximadamente 15%, valores um pouco menores do que os encontrados na pesquisa conduzida. Entretanto, vale ressaltar que Reichenheim *et al.* (2006) investigaram menos comportamentos de violência ao utilizarem uma versão reduzida da CTS2.

No que se refere à prevalência de injúria, estudo com população representativa do município de São Paulo que ouviu homens e mulheres, abordando apenas violência física entre casais, apresentou resultados no sentido inverso do aqui constatado. Os pesquisadores encontraram percentual de 25.5% de mulheres com necessidade de procurar ajuda médica devido a brigas com o parceiro, e de 3.8% de homens apresentando essa necessidade. (Oliveira *et al.*, 2009).

A prevalência de violência sexual não foi identificada em estudos de representatividade nacional. Entretanto, Schraiber *et al.* (2007), investigando vitimização feminina no contexto de relações conjugais, apresentaram índices desse tipo de violência encontrados em duas regiões distintas do país: o maior centro urbano, São Paulo, e uma região rural do Nordeste, composta por 15 municípios. Em São Paulo, 10.1% das mulheres admitiram terem sido vítimas desse tipo de violência pelo menos uma vez na vida. Na segunda localidade, esse percentual subiu para 14.3%, mais próximo das respostas obtidas na população estudada. Reichenheim e Moura (2005) também identificaram maior perpetração masculina dessa modalidade de violência, tal como observado no presente estudo.

Já em relação à violência praticada contra os filhos, Reichenheim, Dias e Moraes (2006a), em amostra de usuários de serviço de saúde no Rio de Janeiro, a partir das mesmas questões da CTSPC, encontraram prevalência de 12.2% de casos de maus-tratos, percentual menor do que o encontrado neste estudo (20%).

Levantamento de representatividade nacional no Brasil, o qual buscou identificar as vítimas de violência física na infância, a partir de adaptações dos itens de violência física e maus-tratos da CTSPC, encontraram prevalências de 33.8% para abuso físico moderado e 10.3% para abuso físico severo (Zanoti-Jeronimo *et al.*, 2009). Vale destacar que tais índices são menores que os encontrados nesta pesquisa, mas abordaram menos situações para retratar esses episódios.

Em relação à violência psicológica, Moura e Reichenheim (2005), através da busca ativa de casos de violência doméstica em um ambulatório pediátrico, encontraram resultados bastante próximos (94%) ao índice aqui encontrado (90%). Esse percentual de mães que admitem o uso de condutas dessa natureza com os filhos pode ser entendido como um indício de como esse tipo de comportamento, caracterizado como violência, é usual e considerado aceitável socialmente. Os mesmos autores ressaltam a necessidade de

identificação de casos de violência, inclusive os menos evidentes, uma vez que, potencialmente, podem se tornar mais graves no futuro.

Buscando evidenciar a prevalência de condutas de violência entre parceiros e estar sob o efeito do álcool no momento das agressões, Zaleski *et al.* (2010a) constataram que o consumo do homem é 4 vezes maior que o da mulher durante esses episódios. Esses dados são representativos da população nacional e podem ser uma referência para a associação dos fenômenos aqui estudados. Vale destacar, entretanto, que as informações colhidas nesta pesquisa indicam os padrões de consumo habituais das mulheres entrevistadas nos últimos 3 meses. Não retratam, necessariamente, episódios de embriaguez ou estados de percepção alterados pelo efeito da bebida durante a prática dos atos violentos.

Com os dados do presente estudo, para se evidenciar as relações entre os padrões de consumo de álcool identificados e os tipos de violência praticados, cumpre destacar que o percentual de mulheres que possuem provável dependência na população estudada foi próximo de 1%. Dessa maneira, inferir sobre os comportamentos dessas mulheres em particular, a partir dos dados obtidos, não é prudente. Porém, é importante destacar que a provável dependência situa-se numa faixa de consumo mais ampla, que é a do consumo problemático de álcool, apesar de existirem indícios de que essas mulheres possuem um padrão mais grave dentro desse *continuum*. Dessa maneira, em determinados momentos deste trabalho, ao falar das mulheres com consumo de risco, também foram consideradas as mulheres que apresentaram pontuação equivalente à provável dependência.

Assim, no que tange à relação observada entre os dois fenômenos investigados, vale ressaltar que dois, dos três tipos de violência que se associaram de maneira estatisticamente significativa ao consumo de álcool de risco pela mulher (maus tratos contra filhos e injúria sofrida pela mulher), implicam em agressões físicas mais graves. Tais achados parecem convergir com a síntese realizada por Leonard (2005), o qual destacou que essa associação pode estar menos relacionada com a ocorrência de atos violentos, do que com sua severidade. Nesse sentido, o álcool não determinaria tais condutas, mas contribuiria para que se manifestassem de forma mais intensa ou severa.

Ainda no que se refere às associações encontradas, os resultados sugerem que o consumo de álcool pela mulher acima dos padrões recomendados relaciona-se, de alguma maneira, com a prática de violência em relação aos filhos. Isso parece não acontecer em

relação ao companheiro. O consumo da mulher, quando o foco é a violência praticada entre o casal, parece ser fator associado à sua vitimização.

Em relação a esse último achado, o mesmo remete à hipótese levantada por alguns pesquisadores no sentido de que o consumo de álcool pode se estabelecer como uma estratégia adotada pelas vítimas para lidar com o estresse causado pelas situações de violência (D'Oliveira *et al.* 2009; Kaysen *et al.*, 2007).

Um aspecto que merece destaque dentre os achados desta pesquisa refere-se à natureza dos fenômenos que abarcou (violência doméstica e consumo de álcool) e o subdimensionamento dos mesmos quando se considera apenas informações obtidas no contexto de serviços de saúde. Moura e Reichenheim (2005), ao compararem índices de violência doméstica obtidos através da busca ativa com os casos identificados pelos profissionais de saúde em ambulatório pediátrico, constataram que estes últimos eram em menor número, graves e exuberantes, quando comparados aos resultados da busca ativa. Segundo estimaram nesse trabalho, os casos detectados nos atendimentos de saúde representariam apenas 11% dos casos que poderiam ser identificados pela busca ativa, nos casos de violência contra os filhos. Além disso, os autores constataram que os casos referenciados pelos profissionais mencionavam apenas uma criança, não fazendo menção a demais membros do núcleo familiar. Tais constatações indicam as limitações dessa forma de detecção que, no mencionado estudo, não identificou os casos de violência conjugal na mesma amostra, existentes segundo resultados da busca ativa.

Além da dificuldade de detecção, outro aspecto que contribui para a subnotificação refere-se, segundo Zaleski *et al.* (2010a), a fatores interpretativos, conforme significado atribuído ao que pode ser ou não considerado violência. Nesta pesquisa foram adotadas algumas estratégias visando diminuir esse viés, ao não se utilizar termos como agressividade ou violência na abordagem das mulheres entrevistadas, por exemplo.

Outro fator da investigação conduzida que visou a identificação mais ampla de comportamentos violentos diz respeito às escalas de violência adotadas (CTS2 e CTSPC), as quais foram usadas em suas versões completas, o que permitiu abordar inúmeros eventos que podem ser enquadrados nos diferentes tipos de conduta violenta. Esse desenho metodológico possibilitou abarcar uma variedade maior de ações agressivas não contempladas em estudos nacionais similares, os quais adotaram os mesmos instrumentos, mas em suas

versões reduzidas ou adaptadas pelos investigadores, com menos itens (Reichenheim *et al.*, 2006c; Zaleski *et al.*, 2010a).

Nesse mesmo sentido, destaca-se que o presente estudo, diferentemente de outros conduzidos no país (Oliveira *et al.* 2009; Zaleski *et al.*, 2010a) , buscou investigar os padrões de consumo de álcool de forma a obter indicadores capazes de retratar esse comportamento além da simples constatação da ingestão de bebidas em determinados momentos, conforme sugerido por Zaleski *et al.* (2010b). Por essa razão adotou-se o AUDIT, instrumento desenvolvido pela OMS que abrange três grandes grupos de consumo (abstêmios/baixo risco, consumo de risco, provável dependência), conforme os níveis habitualmente ingeridos pelos indivíduos.

Outra característica que confere relevância às informações desta pesquisa é que a mesma retrata fenômenos identificados em contexto comunitário que, por serem até certo ponto tolerados socialmente, por vezes deixam de ser tratados como problemas sociais e de saúde pública. Leonard (2005) pondera que a agressão física contra a mulher é aceita ou tolerada em algumas circunstâncias, o mesmo podendo ser afirmado em relação aos filhos, sob pretextos educativos e disciplinares (Espinoza-Gomes *et al.*, 2010; Martins & Jorge, 2009; Monteiro *et al.*, 2007; Vendruscolo, Ferriani & Silva, 2007; Zanoti-Jeronymo *et al.*, 2009).

A extensão do consumo de bebidas alcoólicas no cotidiano, conferindo normalidade e habitualidade a esse tipo de conduta também varia entre culturas. Dados do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) indicavam que no ano de 2005, 74,6% dos brasileiros já haviam consumido a substância na vida, sendo que no Chile esses valores chegaram a 86,5% e 82,4% nos EUA (CEBRID, 2006). Segundo estimativas da OMS, na Europa, aproximadamente 90% dos países da região apresentam consumo anual que excede 2 litros de álcool puro por pessoa (WHO, 2001). Essa diversidade de contextos regionais promove uma heterogeneidade nos achados de pesquisa sobre a temática, levando a dificuldades de comparação e, conseqüentemente, na elaboração de estratégias padronizadas e globais, capazes de serem aplicadas eficazmente no combate a esse problema (Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet & Latour-Pérez, 2006).

Por fim, apesar de partirem de dados de prevalência relevantes, as análises empreendidas não possibilitaram a exploração mais aprofundada das associações entre variáveis sócio-demográficas e a ocorrência de episódios de violência doméstica. Entretanto,

foram constatadas algumas evidências de associação do fenômeno com idade, religião, escolaridade, estado civil e classe econômica. Esses fatores merecem mais atenção através de estudos posteriores, e se ligam a aspectos culturais e contextuais capazes de influenciar os eventos estudados. Entretanto, a literatura aponta que essa ligação tende a se apresentar de forma não linear, evidenciando a complexidade que os caracteriza (Abramsky, *et al.*, 2011; D'Oliveira *et al.*, 2009).

Dentre as limitações observadas no estudo empreendido, cabe destacar que, devido à natureza das situações investigadas, algumas informações acerca do consumo de álcool e de práticas de violência podem ter sido subestimadas, apesar de todos os cuidados adotados em relação à garantia de sigilo dos dados colhidos. Entretanto, considerando-se a taxa de resposta e as prevalências encontradas, pode-se inferir que é possível acessar tais fenômenos através de abordagem semelhante à utilizada nesta pesquisa. Assim, acredita-se que os procedimentos adotados possam ser adaptados de forma a contribuir na detecção de casos de violência.

Outra limitação refere-se ao fato de que as informações sobre os comportamentos de violência na família foram obtidas a partir de uma única fonte: as mulheres entrevistadas. Embora essa tenha sido uma escolha capaz de conferir foco à questão de estudo, sem dúvida restringe o alcance dos dados coletados.

Destaca-se ainda que as análises efetuadas neste estudo não esgotam as possibilidades de investigação a partir dos dados colhidos. Em trabalhos futuros, análises estatísticas mais complexas poderão ser realizadas a fim de investigar um pouco mais as evidências de associação entre as variáveis pesquisadas.

Ainda no sentido de aprofundar o entendimento dos fenômenos estudados, pesquisas de caráter qualitativo, envolvendo investigações acerca dos contextos nos quais comportamentos de violência e de consumo de álcool são adotados, certamente contribuirão para uma maior compreensão desses eventos. Nesse sentido, vale destacar que a complexidade que envolve as situações de violência familiar indica que as avaliações devem ser ampliadas, tanto no âmbito social quanto no psicológico (Moura & Reichenheim, 2005).

REFERÊNCIAS

- Abramsky, T., Watts, C.H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H.A.F.M. & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Public Health*, 11:109.
- Amato, T.C., Silveira, P.S., Oliveira, J.S. & Ronzani, T.M. (2008). Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. (Ed. port.) v.4, n.2.
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 313–351.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2002). *Psicologia Social* (3a edição). Rio de Janeiro: LTC.
- Aymer, S.R. (2008). Adolescent males' coping responses to domestic violence: a qualitative study. *Children and Youth Services Review*, 30, 654–664.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2006). AUDIT Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, FMRP-USP.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S.A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Bandura, A. (2008a). A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura, A., Azzi, R.G. & Polydoro, S. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp.15-41) Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (2008b). O sistema do self no determinismo recíproco. In: Bandura, A., Azzi, R.G. & Polydoro, S. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp.43-67). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, L., & O'Brien, P. (2007). Effects of coordinated services for drug-abusing women who are victims of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13(4), 395-411.
- Bertolote, J.M. (2006). *Glossário de Álcool e Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Calais, S.L. (2007). Delineamento de levantamento ou *survey*. In: Baptista, M.N. & Campo, D.C. (Orgs.). *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa* (pp.81-89). Rio de Janeiro: LTC.
- Canha, J. (2008). A criança vítima de violência. In: Machado, C. & Gonçalves, R.A. (Orgs.) *Violência e vítimas de crimes: crianças* (vol.2, 3º edição, pp. 17-37). Portugal: Editora Quarteto.
- Carvalho-Barreto, A., Bucher-Maluschke, J.S.N.F., Almeida, P.C., & DeSouza, E. (2009). Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 86-92.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *HIV/AIDS Surveillance Report, 2005* (Vol. 17, Rev. ed.). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

- Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: 2005: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: UNIFESP.
- Critério de Classificação Econômica Brasil. (2009). Elaborado pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, com base no levantamento sócio-econômico 2009- IBOPE. Recuperado em 30 de outubro de 2011, de [HTTP://www.abep.or/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197](http://www.abep.or/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197).
- Cerclé, A. & Somat, A. (1999). *Manual de Psicologia Social*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, A.E.B (2008). Modelação. In: Bandura, A., Azzi, R.G. & Polydoro, S. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp.123-148). Porto Alegre: Artmed.
- Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007* (2007). Aprova a política nacional sobre o álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. Brasília. 2007. Recuperado em 31 de janeiro de 2010, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/.../D6117.htm.
- Deslandes, S.F., Assis, S.G., & Santos, N.C. (2005). Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (pp.44-79). Brasília: Ministério da Saúde.
- D'Oliveira, A.F.P.L., Schraiber, L.B., França-Júnior, I., Ludermir, A.B., Portella, A.P., Diniz, C.S., Couto, M.T., & Valença, O. (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista Saúde Pública*, 43(2), 299-310.
- Dossi, A.P., Saliba, O., Garbin, C.A.S. & Garbin, A.J.I. (2008). Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas num município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Caderno de Saúde Pública*, 24(8), 1939-1952.
- Ellsberg, M., & Heise, L. (2005) *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH.
- Espinoza-Gomez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C.M., Newton-Sánchez, O.A. & Plasencia-García, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica México*. 52, 213-219
- Fonseca, A.M., Galduróz, J.C.F., Tondowski, C.C., & Noto, A.R. (2009). Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 43(5), 743-752.
- Franco, L.R., López-Cepero, J., & Díaz, F.J.R. (2009). Violência doméstica: uma revisão bibliográfica e bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248-254.
- Galvani, S. (2006). Alcohol and domestic violence: womens views. *Violence Against Women*, 12(7), 641-662.
- García-Moreno, C. (Ed) (2005). Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. Department of Gender, Women and Health (GWH) of the World Health Organization.
- García-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization.
- Garcia, S.C., & Williams, L.C.A. (2010). Resiliência: um constructo promissor. In: Williams, L. C. A., Maia, J.M.D., & Rios, K.S.A. (Orgs.) *Aspectos psicológicos da violência:*

pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental (pp.309-324). Santo André: ESEtec Editores Associados.

- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C. & Latour-Pérez, J. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16 (3), 278–284.
- Graham-Bermann, S.A., Gruber, G., Howell, K.H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33, 648-660.
- Graham-Bermann, S.A., Howell, K.H., Miller, L.E., Kwek, J., & Lilly, M.M. (2010). Traumatic events and maternal education as predictors of verbal ability for preschool children exposed to intimate partner violence (IPV). *Journal of Family Violence*, 25, 383–392.
- Günther, H. (2003). Como elaborar um questionário. In: *Planejamento de pesquisa nas ciências sociais* (nº1). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.
- Iglesias, F. (2008). Desengajamento moral. In: Bandura, A., Azzi, R.G. & Polydoro, S. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp.165-176). Porto Alegre: Artmed.
- Johnson, M. P. (2009). Differentiating among types of domestic violence: implications for healthy marriages. In: H.E. Peters & C.M. K. Dusch (Ed.). *Marriage and family: perspectives and complexities* (Chap. 11, pp. 282-297). New York: Columbia University Press
- Kaysen, D., Dillworth, T.M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M.E., & Resick, P.A. (2007). Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, 32, 1272-1283.
- Kelleher, K.J., Hazen, A.L., Coben, J.H., Wang, Y., McGeehan, J., Kohl, P.I. & Gardner, W.P. (2008). Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: association with domestic violence victimization. *Child Abuse & Neglect*, 32, 811- 818.
- Kristensem, C.H., Lima, J.S., Ferlin, M., Flores, R.Z., & Hackmann, P.H. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 175-184.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Ed.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lamoglia, C.V.A., & Minayo, M.C.S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 595-604.
- Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006* (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. 2006. Recuperado em 01 de fevereiro de 2010, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
- Leonard, K.E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, 100, 422–425.
- Martin, S.L., Moracco, K.E., Chang, J.C., Council, C.L., & Dulli, L.S. (2008). Substance abuse issues among women in domestic violence programs. *Violence Against Women*, 14(9), 985-997.

- Martins, C.B.G. & Jorge, M.H.P.M. (2009). A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 18 (4).
- Michaud, Y. (1989). *A violência*. São Paulo, Editora Ática.
- Minayo, M.C.S. (2005). Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (pp.10-41). Brasília: Ministério da Saúde.
- Minayo, M.C.S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M.C.S., & Deslandes, S.F. (2009). Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1641-1649.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2001). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2010) *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monteiro, C.F.S., Costa, N.S.S., Nascimento, P.S.V. & Aguiar, Y.A.. (2007). A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 373-376.
- Moore,T.M., Stuart,G.L., Meehan,J.C., Rhatigan,D.L., Hellmuth,J.C. & Keen,S.M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 247–274.
- Moraes, C.L., Hasselmann, M.H., & Reichenheim, M.E. (2002). Adaptação transcultural do instrumento “Revised Conflict Tatic Scales (CTS2)”, utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 163-176.
- Moraes, C.L & Reichenheim,M.E. (2002).Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tatic Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence with couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 783-796.
- Morbidity and Mortality Weekly Report. (2008). *Behavioral Risk Factor Surveillance System 2005 summary data quality report*. Recuperado em Julho de 2008, de www.cdc.gov.
- Moura, A.T.M.S. & Reichenheim, M.E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (4) ,1124-1133.
- Moylan , C.A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl & R.C., Russo, M.J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*. 25, 53-63.
- Myers, D.G. (2000). *Psicologia Social* (6ª edição). Rio de Janeiro: LTC.
- Neto, F. (2004). Psicologia social aplicada: uma introdução. In: Neto, F. (Org.) *Psicologia Social Aplicada* (pp.13-35). Portugal: Universidade Aberta.

- Oliveira, J.B., Lima, M.C.P., Simão, M.O., Cavariani, M.B., Tucci, A.M. & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Pública*, 26 (6), 494–501.
- Projeto de lei nº 7672, de 2010. (2010). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (2010). Recuperado em 24 de outubro de 2011, de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>
- Rabello, P.M., & Caldas, A. F.Jr. (2007). Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista Saúde Pública*, 41 (6), 970-978.
- Reichenheim, M.E., & Moraes, C.L. (2003). Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tatic Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1701-1712.
- Reichenheim, M.E., Dias, A.S. & Moraes, C.L. (2006a). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 595-603.
- Reichenheim, M.E., & Moraes, C.L. (2006b). Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tatic Scales: Parent-Child Version (CTSPC) used to identify child abuse. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 503-515.
- Reichenheim, M.E., Moraes, C.L., Szklo, A., Hasselmann, M.H., Souza, E.R., Lozana, J.A., & Figueiredo, V. (2006c). The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 425-437.
- Reichenheim, M.E., Klein, R., & Moraes, C.L. (2007). Assessing the physical violence component of the Revised Conllict Tatic Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 53-62.
- Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº16/2000, de 20 de dezembro de 2000 (2000). Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília.2000. Recuperado em 02 de fevereiro de 2010, de www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996 (1996). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 02 de fevereiro de 2010, de conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc.
- Ribeiro, M.C.O., & Sani, A.I. (2009). Modelos explicativos da agressão: revisão teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6, 96-104.
- Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B.(2009). *Psicologia Social* (27ª edição). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Sacarrão, G.F (1989). Agressividade e violência. In: *Biologia e sociedade: o homem indeterminado* (Vol. 2, pp.7-107). Portugal: Publicações Europa-América.

- Salisbury, E.J., Henning, K., & Holdford, R. (2009). Fathering by partner-abusive men: attitudes on children's exposure to interparental conflict and risk factors for child abuse. *Child Maltreatment*, 14 (3), 232-242
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (2002). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A.F.P.L., França-Júnior, I., & Pinho, A. A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 470-477.
- Schraiber, L.B., & D'Oliveira, A.F.P.L. (2003). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica* [cartilha]. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F.P.L. & Couto, M.T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista Saúde Pública*, 40, 112-120.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A.F.P.L., França-Júnior, I., Diniz, C. S., Portella, A. P., Ludermir, A. B. , Valença, O., & Couto, M. T. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 41(5), 797-807.
- Signori, M. & Madureira, V.S.F. (2007). A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde. *Maringá*, 29 (1), 7-18.
- Skinner, C.J., Holt, D. & Smith, T.M.F. (Eds). (1989). *Analysis of complex surveys*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Silva, L.L., Coelho, E.B.S., & Caponi, S.N.C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (21), 93-103.
- Simmons, C.A., Lehmann, P., & Coob, N. (2008). Women arrested for partner violence and substance use: an exploration of discrepancies in the literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (6), 707-727.
- Straus, M. A. (1999). The controversy of domestic violence by women: a methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In: Arriaga, X.B & Oskamp, S. *Violence in Intimate Relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, M. A. (2007). Conflict Tatic Scales. In: Jackson, N.A. *Encyclopédia of domestic violence* (pp.190-197). New York: Routledge.
- Strauss, M.A., Hamby, S.L., McCoy, S.B. & Sugarman, D.B. (1996). The revised conflict tatic scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 7 (3), 283-316.
- Stelko-Pereira, A.C., & Williams, L.C.A. (2010). Sobre o conceito de violência: distinções necessárias. In: Williams, L. C. A., Maia, J.M.D., & Rios, K.S.A. (Orgs.) *Aspectos psicológicos da violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental* (pp.41-66). Santo André: ESEtec Editores Associados.

- Stuart, G.L., O'Farrell, T.J., Leonard, K., Moore, T.M., Temple, J.R., Ramsey, S.E., Stout, R.L., Kahler, C.W., Bucossi, M.M., Andersen, S.M., Recupero, P.R., Walsh, Z., Schonbrun, C.Y., Strong, D.R., Rothman, E.F., Rhatigan, D.L. & Monti, P.M. (2009). Examining the interface between substance misuse and intimate partner violence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 3, 25–29.
- Testa, M., Livingston, J.A., & Leonard, K.E., (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: a longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28, 1649-1664.
- Thompson, M.P., & Kingree, J.B. (2006). The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 163-177.
- Tolan, P., Gorman-Smith, D., & Henry, D. (2006). *Family Violence. Annu. Rev. Psychol*, 57, 557– 583.
- Veiga, F. (2004). Indisciplina e violência na escola: abordagens psicoeducacionais. In: Neto, F. (Org.) *Psicologia Social Aplicada* (pp.205-241). Portugal: Universidade Aberta.
- Vendruscolo, T.S., Ferriani, M.G.C. & Silva, M.A.I. (2007) Public care policies for child and adolescent victims of domestic violence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 812-819.
- Vieira, L.J.E.S., Pordeus, A.M.J., Ferreira, R.C., Moreira, D.P., Maia, P.B., & Saviolli, K.C. (2008). Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde e Sociedade*, 17 (3), 113-125.
- Whiting, J.B., Simmons, L.A., Havens, J.R., Smith, D.B., & Oka, M. (2009). Intergenerational transmission of violence: the influence of self-appraisals, mental disorders and substance abuse. *Journal of Family Violence*, 24, 639-648.
- World Health Organization. (2001). Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Recuperado em 02 de novembro de 2011, de <http://www.who-alcoholphaseiv>
- World Health Organization. (setembro de 2005). *Gênero, saúde e uso de álcool*. Geneva, Switzerland: Department of Gender, Women and Health (GWH) Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD).
- World Health Organization. (2009). *Strategy for integrating gender analysis and actions in to the work of WHO*. Geneva: Department of Gender, Women and Health (GWH).
- Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010a). Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Revista Saúde Pública*. 44 (1), 53-59.
- Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010b). Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian national alcohol survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (40), 648-665.
- Zanoti-Jeronymo, D. V., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., Figli, N. B., Laranjeira, R. (2009). Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2467-2479.

ANEXO 1 – Carta de Apresentação



Prezado Morador,

A UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora), em parceria com a UNIFESP (Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo), está realizando uma pesquisa sobre saúde da mulher e relações familiares.

Os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados para subsidiar Ações e Políticas de Saúde. Portanto, sua colaboração é muito importante, embora não seja obrigatória. É importante ressaltar que a entrevistada não será identificada nos resultados. Estão sendo consideradas para a pesquisa mulheres com mais de 18 anos, moradoras dos bairros Teixeiras e Linhares, da cidade de Juiz de Fora-MG.

Agradecemos antecipadamente a atenção e caso deseje obter outras informações sobre a pesquisa, ligue para o Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva da UFJF, telefone (32) 3229-3117, e fale com o Prof. Lélío Moura Lourenço; ou (32) 8874-7987, e fale com a coordenadora da pesquisa, Carla Ferreira de Paula Gebara.

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Chefe do Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Juiz de Fora

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 099/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2028.087.2010 **FR:** 327088 **CAAE:** 0056.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: "Avaliação dos padrões de violência doméstica e de consumo de álcool entre mulheres "

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Lélcio Moura Lourenço

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Departamento de Psicologia / Instituto de Ciências Humanas

Sumário/comentários do protocolo:

O CEP analisou o Protocolo e considerou que:

Justificativa: o tema é relevante para a área de saúde, o objeto de estudo está bem delineado com referências pertinentes, que discutem a violência doméstica e o uso de álcool e o impacto que causam na saúde dos indivíduos e das coletividades a associação destes, delineando a delimitação, a validade do estudo desses fenômenos os quais geram, além de danos na saúde individual, prejuízos sociais.

Objetivo Geral: Investigar a associação entre a ocorrência de episódios de violência doméstica (entre o casal e também direcionada aos filhos) e os padrões de consumo de álcool entre mulheres na cidade de Juiz de Fora.

Objetivos específicos: Estimar a prevalência dos padrões de consumo de álcool em mulheres adultas em dois bairros de diferentes níveis socioeconômicos da cidade de Juiz de Fora – MG; Estimar a prevalência das manifestações de violência doméstica entre casais e direcionada aos filhos no universo pesquisado; Investigar se o consumo considerado de risco ou de dependência está positivamente associado ao tipo de papel exercido pela mulher, ou seja, como vítima e/ou como agressora do companheiro e/ou do filho.

Metodologia:

Participantes: Serão entrevistadas cerca de 400 mulheres, maiores de 18 anos, que tenham filhos e algum tipo de relacionamento conjugal. As participantes serão selecionadas a partir de uma amostra probabilística, estratificada e por conglomerados, de uma sub-população constituída por 2 bairros da cidade de Juiz de Fora/MG que apresentem diferentes níveis socioeconômicos, de acordo com dados do IBGE.

Desenho: Será realizado um levantamento de base domiciliar, por amostragem, visando investigar os padrões de consumo de álcool e manifestações de violência doméstica entre mulheres, em 2 bairros da cidade de Juiz de Fora/MG. Os dados serão coletados por pesquisadores treinados e posteriormente serão submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais, analisados no software estatístico SPSS.

Instrumentos: Inicialmente serão levantadas informações com o objetivo de caracterizar o universo estudado através da amostra. Serão coletados dados demográficos tais como idade, escolaridade, religião, estado civil e quantidade de filhos. Em seguida os pesquisadores procederão com a aplicação de 3 instrumentos padronizados: o AUDIT (usado para investigar problemas relativos ao uso do álcool); a CTS2 e a CTSPC, ambos utilizados para a obtenção de informações sobre violência entre casais e entre pais e filhos respectivamente. Todos são apresentados em forma de questionário, que pode ser auto-aplicável ou utilizado com o intermédio de um entrevistador de campo.

Aspectos éticos: A coleta de dados somente terá início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes receberão informações sobre a pesquisa e a adesão, voluntária, acontecerá a partir da assinatura do TCLE. Esse documento, elaborado conforme as normatizações de ética em pesquisa existentes (resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº196/1996; resolução do Conselho Federal de Psicologia nº016/2000), fornece dados sobre o tipo de pesquisa, seus objetivos, procedimentos e uso das informações obtidas, estabelecendo um compromisso com a privacidade de cada participante.

Orçamento e responsável pelo financiamento do estudo: Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Cronograma: pertinente ao estudo, com término previsto para novembro de 2011.

Coordenador da pesquisa: apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo e apresentou currículo lattes.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 05 de maio de 2010.

Dra. Iêda Maria Vargas Dias
Coordenadora CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2009
ASS: _____

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

SAÚDE DA MULHER E RELAÇÕES FAMILIARES: EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO BREVE EM AMBIENTE DOMICILIAR

Objetivo: Este projeto tem por objetivo estudar a saúde da mulher e as relações familiares, assim como avaliar o impacto de uma intervenção breve na modificação desses comportamentos, a partir de uma amostra comunitária domiciliar.

Procedimentos: A participação no projeto envolve duas etapas. Na primeira, você responderá a uma entrevista com cerca de 30 minutos para preenchimento de questionário sobre características sócio demográficas, consumo de substâncias e ocorrência de conflitos familiares. Você poderá ser convidada a participar da segunda etapa do estudo, recebendo um aconselhamento breve e orientações de saúde e respondendo novamente aos questionários três meses depois. Vale ressaltar que o preenchimento é anônimo e as informações prestadas serão usadas exclusivamente para finalidade de pesquisa.

As informações obtidas serão analisadas e publicadas em relatório impresso, a ser discutido entre os profissionais das áreas de saúde, visando à elaboração de políticas públicas adequadas à realidade das mulheres.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, que não há despesas, nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Prof^a Ana Regina Noto*, Prof. Lélío Moura Lourenço que pode ser encontrado pelo telefone (32) 3229-3117 ou pela coordenadora do estudo, Carla Ferreira de Paula Gebara pelo telefone (32) 8874-7987.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Saúde da mulher e relações familiares: efetividade de uma intervenção breve em ambiente domiciliar”. Discuti com a pesquisadora _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

 Assinatura da participante

Data: / /

 Assinatura da testemunha

Data: / /

ANEXO 4: Folheto Informativo

Guia de Serviços e Auxílio à Saúde da Mulher

ANEXO 5: Folheto Informativo

Bebidas Alcoólicas

ANEXO 6: Questionário Sócio-Demográfico

ID: _____

Data: ____ / ____ / ____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1) Idade: _____ anos

2) Grupo Étnico: (1) Caucasoíde (4) Asiáticos
(2) Negros (5) Índios
(3) Mulatos

3) Religião: (1) Não tem (5) Judaica
(2) Católica (6) Evangélica/Protestante
(3) Espírita (7) Orientais/Budismo
(4) Afrobrasileira (8) Outras:

4) Escolaridade: (1) Analfabeta/Até 3ª série Fundamental
(2) Até 7ª série Fundamental
(3) Fundamental Completo
(4) Ensino Médio Incompleto
(5) Ensino Médio Completo
(6) Superior Incompleto
(7) Superior Completo
(8) Pós graduado

5) Anos de escolaridade: _____ anos
(anos escolares, sem contar os incompletos ou repetências)

6) Possui renda própria? (1) Não (2) Sim

7) Quais suas ocupações atuais? (1) Trabalha:
(resposta múltipla) (2) Do lar/dona de casa
(3) Estudante
(4) Desempregada
(5) Aposentada

8) Tem registro? (1) Não (2) Sim (3) Não se aplica

9) Quantas horas por dia você costuma passar fora de casa?
(por causa de estudo, trabalho, lazer, outros...)
_____ horas

10) Você é chefe de família? (pessoa que predominantemente sustenta a família)
(1) Não (2) Sim

11) Qual a escolaridade do chefe da família?
(1) Analfabeto/Até 3ª série Fundamental
(2) Até 7ª série Fundamental
(3) Fundamental Completo
(4) Médio Completo
(5) Superior Completo

12) Na sua casa tem:

(não vale quebrado, automóvel: não vale moto, empregado(a): que trabalhe todos os dias, máquina: não vale tanquinho, freezer: duplex ou independente)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
1) Televisão em cores					
2) Videocassete					
3) Aparelho de DVD					
4) Rádio					
5) Banheiro					
6) Automóvel					
7) Empregado(a)					
8) Máquina de lavar					
9) Geladeira					
10) Freezer					

13) Estado Civil: (1) Casada (formalmente)
(2) União Estável (mora junto)
(3) Solteira
(4) Viúva
(5) Divorciada/Desquitada
(6) União Estável Homoafetiva

14) Há quanto tempo você e seu companheiro moram juntos?

(1) Não se aplica
(2) Há _____ anos e _____ meses

15) Idade do companheiro:

(1) Não se aplica (2) _____ anos

16) Quantos anos de escolaridade ele tem?

(1) Não se aplica (2) _____ anos

17) Ele possui ocupação?

(1) Não se aplica (2) Trabalha (3) Desempregado
(4) Aposentado (5) Afastado por Licença Médica

18) Quantas horas por dia ele costuma passar fora de casa?
(por causa de estudo, trabalho, lazer, outros...)

(1) Não se aplica (2) _____ horas

19) Número de filhos:

(1) Não se aplica (2) _____ filhos

20) Quantos moram com você?

(1) Não se aplica (2) _____ filhos

21) (0) Não se aplica

Nº	Sexo	Idade
1º filho	() M () F	
2º filho	() M () F	
3º filho	() M () F	
4º filho	() M () F	
5º filho	() M () F	
6º filho	() M () F	

ANEXO 7 - The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT

ID: _____

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 3 meses.” Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas a quantidade em termos de “dose-padrão”. Marque a pontuação de cada resposta e some ao final.

<p>1. Com que frequência a Sra. toma bebidas de álcool?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Uma vez por mês ou menos (2) 2 a 4 vezes por mês (3) 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Com que frequência, durante os últimos três meses, depois de ter bebido muito, a Sra. precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas a Sra. costuma tomar?</p> <p>(0) Uma ou duas doses (1) 3 ou 4 doses (2) 5 ou 6 doses (3) 7 a 9 doses (4) 10 ou mais doses</p>	<p>7. Com que frequência, durante os últimos três meses, a Sra. sentiu culpa ou remorso depois de beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência a Sra. toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Com que frequência, durante os últimos três meses, a Sra. não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>4. Com que frequência, durante os últimos três meses, a Sra. achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p>	<p>9. Alguma vez na vida a Sra. ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou, por causa de a Sra. ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 3 meses (4) Sim, durante os últimos 3 meses</p>
<p>5. Com que frequência, durante os últimos três meses, a Sra. não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com a Sra. por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 3 meses (4) Sim, durante os últimos 3 meses</p>
<p style="text-align: right;">Total= <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES” VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 “DOSES” ou 1 garrafa - 8 “DOSES” CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) - 2 “DOSES” 1 “martelo”(100ml) - 3 “DOSES” ou 1 garrafa - mais de 20 “DOSES” UÍSQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 “dose de dosador”(45-50ml) - 1 “DOSE”

ANEXO 8- Revised Conflict Tactics Scales - CTS2

Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia, quer coisas diferentes ou discutem e se agredem 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

ANEXO 9 - Parent-Child Conflict Tactics Scales - CTSPC

Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Gostaríamos de saber o que você costuma fazer quando seu filho faz alguma coisa errada, ou faz você ficar irritada ou zangada. Analise as situações abaixo e marque as questões referentes aos **últimos três meses**, em que essas coisas aconteceram.

QUANTAS VEZES DURANTE NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
A. Você explicou a (xxx – nome da criança) por que o que ele/a estava fazendo estava errado?	1	2	3	4	5	6	7	8
B. Você o/a colocou de castigo do tipo: mandou-o ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?	1	2	3	4	5	6	7	8
C. Você sacudiu (xxx – nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8
D. Você bateu no bumbum dele/a com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?	1	2	3	4	5	6	7	8
E. Você deu a ele/a outra coisa para fazer em vez daquilo que ele/a estava fazendo de errado?	1	2	3	4	5	6	7	8
F. Você falou alto, berrou ou gritou com (xxx – nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8
G. Você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a?	1	2	3	4	5	6	7	8
H. Você deu uma palmada no bumbum de (xxx – nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8
I. Você o agarrou pelo pescoço e o sacudiu?	1	2	3	4	5	6	7	8
J. Você xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga, contra ele/a?	1	2	3	4	5	6	7	8
K. Você bateu muito em (xxx – nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que V/S conseguiu?	1	2	3	4	5	6	7	8
L. Você disse alguma vez que iria expulsá-lo/a de casa ou enxotá-lo/a para fora de casa?	1	2	3	4	5	6	7	8
M. Você queimou (xxx – nome da criança) ou derramou líquido quente nele de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
N. Você ameaçou dar um tapa nele/a, mas	1	2	3	4	5	6	7	8

não deu?								
O. Você bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?	1	2	3	4	5	6	7	8
P. Você deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (xxx – nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8
Q. Você tirou as regalias dele/a ou deixou-o/a sem sair de casa?	1	2	3	4	5	6	7	8
R. Você deu um beliscão em (xxx – nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8
S. Você o/a ameaçou com uma faca ou arma?	1	2	3	4	5	6	7	8
T. Você jogou (xxx – nome da criança) no chão?	1	2	3	4	5	6	7	8
U. Você o/a chamou de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
V. Você deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (xxx nome da criança)?	1	2	3	4	5	6	7	8

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AUDIT - *The Alcohol Use Disorders Identification Test*

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas

CTS2 - *Revised Conflict Tactics Scales*

CTSPC - *Parent-Child Conflict Tactics Scales*

CERESP - Centro de Remanejamento do Sistema Prisional

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS/ WHO: Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

POPSS: Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

SPSS: Statistical Package for the Social Science

UPAs - Unidades Primárias de Amostragem

USAs - Unidades Secundárias de Amostragem