



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA - CURSO DE MESTRADO

PAULINO JOSÉ DE ALBUQUERQUE VASCONCELOS NETO

**TENTATIVA DE SUICÍDIO, TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO RECIFE.**

Recife, 2016

PAULINO JOSÉ DE ALBUQUERQUE VASCONCELOS NETO

**TENTATIVA DE SUICÍDIO, TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Bernarda Ludermit

Co-Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

Linha de Pesquisa do Programa: Morbimortalidade, Atenção e Qualidade de Vida

Recife, 2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Adelaide Lima, CRB4-647

V331t Vasconcelos Neto, Paulino José de Albuquerque.
Tentativa de suicídio, transtorno do estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife / Paulino José de Albuquerque Vasconcelos Neto. – 2016.
111 f.: il.; fig.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Bernarda Ludemir.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos de estresse pós-traumáticos. 2. Tentativa de suicídio. 3. Violência por parceiro íntimo. I. Ludemir, Ana Bernarda. (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-198)

PAULINO JOSÉ DE ALBUQUERQUE VASCONCELOS NETO

**TENTATIVA DE SUICÍDIO, TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

APROVADA EM 31/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social/Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral

Diretoria de Vigilância em Saúde, Gerência de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal da Cidade do Recife

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior

Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE /Universidade Federal de Pernambuco



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA - CURSO DE MESTRADO

REITOR

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

PRÓ – REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO

Ernani Carvalho

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Sandra Valongueiro Alves

VICE – COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Thália Velho Barreto de Araújo

CORPO DOCENTE

Adriana Falangola Benjamin bezerra
Albanita Gomes da Costa de Ceballos
Ana Bernarda Ludermir
Cristine Vieira do Bonfim
Heloísa Maria Mendonça Moraes
Marcelo Luiz Pelizzoli
Maria Beatriz Lisbôa Guimarães
Nicelma Figueiredo
Petrônio José de lima Martelli
Ronice Maria Pereira Franco de Sá
Sandra Valongueiro Alves
Solange Laurentino dos Santos
Thália Velho Barreto de Araújo

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Ana Paula de oliveira Marques
Márcia Carrera Campos Leal
Paulo Henrique Novaes Martins

Dedico este trabalho aos meus pais por representarem tudo na minha vida. A quem deverei todo o meu engrandecimento como ser humano e educação adquiridos desde o primeiro passo, o primeiro dia na escola, o primeiro *sim* e o primeiro *não*. Aos esforços impossíveis para me proporcionar confortáveis condições de estudar e compartilhar sempre os conhecimentos adquiridos durante a vida. Dedico.

À minha irmã, por representar o laço fraterno e cristão que tive a oportunidade de ser presenteado nessa vida.

E à minha namorada, pelo apoio, amor, dedicação, trocas de experiências, carinho, compreensão e respeito pela minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, infinitamente pela condição de estar vivo, em constante crescimento, aprendizado e entendimento de ser Humano. A Ele, pela singular oportunidade de ter chegado até aqui, nessa longa caminhada, por ter permitido trilhar caminhos nem sempre confortáveis, porém, cheios de experiências que fortaleceram a minha personalidade, amadureceram minha vida e me fizeram ser mais humilde, paciente, compreensivo e forte para entender um pouco mais os caminhos da vida. Por ter segurado minhas mãos nas horas mais difíceis dessa longa caminhada e sempre me conceder frieza e perícia para permitir decisões corretas.

À minha orientadora, Ana Bernarda Ludermir, por possibilitar concluir esta etapa da minha vida profissional, pela troca de conhecimentos, pela paciência, pelos ensinamentos e dedicação;

Ao Co - orientador e amigo Rafael Moreira, que possibilitou a conclusão deste trabalho, dedicando seu valioso tempo de maneira nobre e amigável, me acrescentando conhecimentos e enriquecimento na pesquisa;

Ao irmão Fernando Moreira que de maneira sempre fraternal, dedicou seu tempo e apoiou a construção deste trabalho, sempre que foi solicitado de maneira nobre e resolutiva;

Aos amigos da turma de mestrado, pelo apoio, trocas de experiências e conhecimentos;

À amiga, parceira e “irmã de orientação” Deysielle, pelo apoio, pela atenção, amizade, trocas de experiências, conhecimentos e angústias;

À equipe do PPGISC, em especial: Moreira e Sandra por sempre apoiarem e estarem abertos a ouvir nossas aflições. E sempre de maneira simples e resolutiva, resolver nossos problemas de maneira amigável e fraternal.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que
ninguém viu, mas pensar o que
ninguém ainda pensou sobre aquilo
que todo mundo vê”.*

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

OBJETIVO: Investigar a associação da tentativa de suicídio com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e Violência por Parceiro Íntimo (VPI) em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família no Recife.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal, aninhado em um estudo de coorte prospectivo, com 644 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, PE. Realizado entre julho de 2013 a dezembro de 2014. A tentativa de suicídio foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire-20*. O TEPT foi diagnosticado através do **Psicométrics Checklist-Civilian**. Foi realizada uma modelagem hierarquizada, efetuada aplicação do teste de Qui-quadrado e Análise de Resíduos Padronizados. A associação do TEPT com tentativa de suicídio foi estimada por meio de Regressão Logística simples e ajustada.

RESULTADOS: A Prevalência do TEPT foi de 16% e da tentativa de suicídio de 10,9%. Tentar o suicídio foi mais frequente nas mulheres as quais seus parceiros não tinham renda; nas que não tinham religião; que foram casadas 2 ou mais vezes e nas que tinham TEPT. As mulheres que não possuíam religião e que tinham TEPT, tiveram uma maior probabilidade de tentar o suicídio, (OR=1,76 , IC=95% e OR= 5,11 , IC=95%) após ajuste para confundimento.

CONCLUSÕES: A tentativa de suicídio foi associada ao diagnóstico de TEPT e a não afiliação à religião nas mulheres. É fundamental a prevenção de eventos traumáticos na vida dessas mulheres e o apoio na busca de proteção social, em especial da religião e dos serviços públicos.

PALAVRAS - CHAVE: Transtornos de estresse pós-traumáticos. Tentativa de suicídio. Violência por parceiro íntimo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the association of suicide attempt with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in a cohort of women enrolled in the Family Health Strategy in Recife.

METHODS: Cross-sectional study, carried out between 2013 and 2014, with 644 women with 18-49 years who were enrolled in the Family Health Strategy of the district II of Recife city. It integrates a prospective cohort study designed to investigate the consequences of exposure to violence by intimate partner during pregnancy that occurred between 2005 and 2006. Suicidal attempt was assessed by the Self Reporting Questionnaire-20. PTSD was diagnosed by Psicometrics Checklist-Civilian. A hierarchical modeling, made application of chi-square test and standardized waste analysis was performed. The association between suicide attempt and PTSD was estimated by crude and adjusted logistic regression.

RESULTS: The prevalence of PTSD was 16% and 10.9% of attempted suicide. Attempt suicide was more common in women which his partner had no income; in those who had no religion; who were married twice or more and in those who had PTSD. Women without religion and who had had PTSD were more likely to attempt suicide (OR = 1.76, 95 CI% and OR = 5.11, 95 CI%) after adjustment for confounding.

CONCLUSIONS: The suicide attempt was associated with the diagnosis of PTSD and lack of religion in women. Prevention of traumatic events in the lives of these women and support in the search for social protection, especially of religion and the public church services is essential.

KEY WORDS: Stress disorders, post-traumatic. Suicide, attempted. Intimate partner violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTRA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas da Mulher	28
Quadro 2 - Variáveis socioeconômicas e demográficas do Parceiro	29
Quadro 3 - Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo (VPI)	30
Quadro 4 - Psicométrics Checklist-Civilian - PCL – C / TEPT	31
Quadro 5 - Perguntas acerca da tentativa de suicídio da mulher	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de coleta	25
Figura 2 - Modelo hierarquizado baseado em modelos teóricos para as variáveis explicativas da tentativa de suicídio	34

LISTRA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação e distribuição das características sociodemográficas, comportamentais e de morbidade com a Tentativa de Suicídio	49
Tabela 2 - Tentativa de Suicídio em mulheres segundo estimativas do modelo univariado de regressão binomial para variáveis do nível contextuais (sociodemográficas, comportamentais e de morbidade)	52
Tabela 3 - Tentativa de Suicídio em mulheres segundo estimativas do modelo multinível hierárquico múltiplo de regressão binomial	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	23
3. MÉTODOS	23
3.1 Desenho e local do estudo	23
3.2 População de estudo	24
3.3 Coleta de dados	24
3.4 Instrumentos da coleta	25
3.5 Definição das Variáveis	27
3.5.1 Independentes	27
3.5.2 Dependente	32
3.6 Construção do banco de dados	32
3.7 Análise dos Dados	32
3.8 Aspectos éticos	34
4. TENTATIVA DE SUICÍDIO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA COORTE DE MULHERES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE.	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (maiores de 18 anos)	67
APÊNDICE B – Questionário da Mulher	70
ANEXO A - Instruções para publicação na Revista de Saúde Pública	98

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida na sociedade contemporânea representa um importante problema de saúde pública. O espectro do comportamento suicida envolve o suicídio (processo de morte autoinfligida), a tentativa de suicídio (comportamento autoagressivo sem evolução fatal) e ideação suicida (pensar em acabar com a própria vida). Por sua vez, o suicídio é um ato intrínseco ao ser humano, sendo um fenômeno complexo, com inúmeras interpretações, podendo ser compreendido desde uma consequência de um transtorno mental até como um ato de suprema liberdade (WAISELFISZ, 2012).

Pesquisas sobre tentativas de suicídio em mulheres apontam que as perdas interpessoais, as dificuldades sociais, econômicas e de relacionamento, a vivência da violência pelo parceiro íntimo (VPI) e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), podem precipitar tendências suicidas, inclusive durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo uma das principais causas de incapacidade (GUIMARÃES, 2010).

Estima-se que um terço das pessoas que pensam sobre o suicídio vai tentar o suicídio, e este risco aumenta à medida que um indivíduo se move através da ideação e planejamento do mesmo, pois seu principal precursor é a ideação suicida ou pensamentos de morte, cuja prevalência é de 9% na população geral de países em desenvolvimento (HUANG et al., 2012) e varia entre 2,7% e 12% em mulheres no ciclo gestacional (MAURI et al., 2012; HAWTON et al., 2012; NOCK et al., 2012).

Tanto a tentativa de suicídio quanto o suicídio são fenômenos complexos e multidimensionais que são resultados da interação de diferentes fatores (ambientais, sociais, genéticos, biológicos e fisiológicos). Essa interação assume significados diversos que variam conforme a subjetividade de cada pessoa (CHACHAMOVICH; STEFANELLO; BOTEGA & TURECKI, 2009).

O comportamento suicida apresenta reflexos no perfil de morbimortalidade. No âmbito mundial, a mortalidade decorrente de suicídio tem expressivo impacto. Em 2012, se registraram no mundo 804 mil mortes por suicídio, uma em cada 40 segundos, que representa uma taxa mundial de suicídio em adultos de 18 anos ou mais, de 15,4 suicídios para cada 100.000 habitantes, sendo a 2º maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, indicando que para cada suicídio outras 20 tentativas foram realizadas. Mundialmente, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas registradas entre homens e 71% entre as mulheres (O'CONNOR et al., 2014; WHO, 2014).

Em todo o mundo, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são baixas. Dos 172 estados membros da OMS que fizeram estimativas, apenas 60 possuem registros vitais de boa qualidade que podem ser usados diretamente para estimar taxas de suicídio. Esse problema de dados sobre mortalidade de baixa qualidade não é exclusivo ao suicídio, mas dada a sensibilidade do assunto – e a ilegalidade do comportamento suicida em alguns países – é provável que a subnotificação e a má classificação sejam maiores problemas para o suicídio do que para a maioria das outras causas de morte. A melhoria na vigilância e monitoramento do suicídio e das tentativas de suicídio é necessária para efetivas estratégias de prevenção (WHO, 2014).

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) revelam uma variação no número de mortes por suicídio. O coeficiente de mortalidade por suicídio em algumas metrópoles brasileiras entre 2002 e 2010, variou em algumas capitais, sendo Porto Alegre a que apresentou os maiores coeficientes, com aumento de 9,8% quando considerados o primeiro e último ano da série histórica. São Paulo aumentou em 52,9%, Belo Horizonte apresentou-se estável, e observou-se declínio em Salvador, Recife e Rio de Janeiro (CECCON et al, 2014).

Além do impacto no sistema de saúde, o contexto familiar e social também é afetado. Pois um único suicídio afeta diretamente no mínimo outras seis pessoas, e que, quando ocorrido em lugares públicos como em escolas, tem impacto sobre centenas de pessoas (OMS, 2000).

Um dos principais fatores desencadeantes do suicídio e de suas tentativas, é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A ocorrência do TEPT está condicionada à ocorrência de eventos estressores, que são apontados como precursores para o desenvolvimento de situações traumáticas (LEBOUTHILLIER et al., 2015).

Os eventos estressores são derivados do termo estresse, sendo este etimologicamente definido como um estado que provoca em alguém um desequilíbrio nas suas condições normais e na sua homeostase (PINTO, 1962). Ressalta-se que as respostas ao estresse evoluam como um processo adaptativo. Quando essas respostas são dadas de modo severo e prolongado, poderão levar a algum dano, transtorno ou doença (SELYE, 1976 apud SCHNEIDERMAN et al., 2005).

Por sua vez, as situações traumáticas podem ser categorizadas em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza (SCHIRALDI, 2009).

No primeiro grupo, dentre os eventos intencionais provocados pelo homem, pode-se citar: violência pelo parceiro, guerra civil, assalto, crime violento, terrorismo, participação em atrocidades violentas, alcoolismo, uso de drogas e suicídio. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias (SCHIRALDI, 2009).

O trauma teve uma de suas primeiras publicações na literatura médica feita pelo cirurgião inglês Erichsen, em 1866, que em seu estudo atentou para o fato de que anormalidades psicológicas poderiam ser atribuídas a acidentes ferroviários, uma vez que, logo após o acidente, os pacientes passavam a apresentar sintomas de fadiga, ansiedade, déficit de memória, irritabilidade, pesadelos, distúrbios do sono, zumbido no ouvido e dores nas pernas e braços. O autor atribuiu esses sintomas a “microtraumas” na medula espinhal. Em 1889, Oppenheim, foi o primeiro a cunhar o termo “neuroses traumáticas” e atribuir tal quadro à lesões cerebrais (ERICHSEN, 1866; OPPENHEIM, 1889).

Até o final do século XIX o termo trauma que somente havia sido utilizado pela cirurgia, foi introduzido na psiquiatria por estudiosos como Charcot, Janet e Freud (LAMPRECHT, 2002).

Segundo Freud, poderia haver um local na mente humana (o “inconsciente”) que registraria experiências desagradáveis, os traumas, que desencadeariam as neuroses, principalmente a histeria. Ele descreveu como traumática: “quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o “escudo” (chamado mais na frente de membrana pré-consciente) protetor da mente humana” (FREUD, 1920).

A partir deste conceito, Freud começou a esboçar o que chamava de aparelho psíquico, o qual seria formado, primariamente por duas instâncias, o inconsciente e o consciente, separados por uma tênue camada chamada pré-consciente (FREUD, 1920). Apesar de o inconsciente tentar manter a todo custo as “lembranças ruins” escondidas, sempre há uma movimentação contínua, dinâmica, para que essas lembranças venham à tona. Sendo que o equilíbrio entre essas forças era percebido nos momentos de “normalidade” da mente humana, e que apenas quando havia um desequilíbrio entre essas forças dinâmicas, os conflitos se tornariam patogênicos (NAGER, 1981).

Para Freud, o inconsciente seria o local da mente onde seriam “guardadas” todas as experiências negativas e/ou traumáticas vivenciadas pela pessoa, às quais ela não teria acesso,

pois gerariam um permanente estado de angústia e aflição, sendo este mecanismo psíquico denominado de repressão. Dessa forma, falhas no mecanismo de repressão, resultaria na manifestação de forma “transformada” dos conteúdos inconscientes, ou seja, todo comportamento humano é determinado pela história de vida registrada no inconsciente, caracterizando dessa forma o Determinismo Psíquico (FREUD, 1920).

Muitos estudos sobre traumas de guerra e suas consequências para a saúde mental humana foram realizados durante os séculos XIX e XX, principalmente relacionados às guerras. Esses acontecimentos bélicos, estiveram associados ao aparecimento de uma série de sintomas psiquiátricos em ex-combatentes. Esses sintomas caracterizavam-se por uma irritabilidade crônica, reações de sobressalto, agressões explosivas e atitudes estranhas que levavam os estudiosos a observar que essas pessoas pareciam ainda estar na guerra (KAPLAN et al., 1997).

Na Europa, após a 1ª Guerra surgiram várias discussões sobre esses fenômenos patológicos que acometiam os ex-combatentes. A nosografia se tornou inesgotável: neurose, neurastenia, nervoso, neurastenia aguda, choque da granada, psicogênese, histeria, psicopatia e transtorno funcional foram causas das principais discussões de estudiosos como Freud e Oppenheim (SANTOS, 2006).

A partir de diversos estudos, fica evidente a relação entre trauma e estresse. Chamou-se de agentes estressores as situações que caracterizam o trauma, e o estresse passa a ser então a resposta do organismo físico e/ou psíquico ao evento traumático.

Em 1941, Abram Kardiner, por meio de achados clínicos das situações da 2ª Guerra Mundial, publicou um livro sobre as neuroses traumáticas de guerra. Essa obra viria a definir no decorrer do século o transtorno de estresse pós-traumático. A partir daí muitos estudos foram surgindo e descrevendo quadros clínicos semelhantes e nomeando-os de acordo com o agente estressor: “síndrome do campo de concentração”; “trauma do estupro”; “trauma da mulher espancada”; “trauma da criança sexualmente abusada” além de outros já citados (SANTOS, 2006).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a 6ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6) que, pela primeira vez, incluía uma seção para os transtornos mentais, intensamente influenciados pela nomenclatura da Associação de Veteranos de guerra dos EUA. E em 1952, o Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu uma variação do CID-6, publicada como a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) (SANTOS, 2006).

O DSM-II foi publicado em 1968, listando 182 transtornos e manteve a abordagem global utilizada no DSM-I e continuou a conceituar psicopatologia do ponto de vista psicodinâmico (APA, 1968; FIRST, 2010).

Em 1970 Shatan e Lifton, psiquiatras americanos, listaram 27 sintomas mais comuns de “neuroses traumáticas”, os quais compararam com 700 pacientes veteranos da guerra do Vietnã, o que acabou por se constituir o embrião dos critérios adotados pelo DSM-III para incluir o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Os ditos diagnósticos sindrômicos de ocasião, como neurose traumática, síndrome do trauma de estupro, fisioneurose, neurose de compensação e muitos outros, encontraram no TEPT uma forma mais abrangente de conceituação (APA, 1986).

O DSM-III definia o “evento traumático” como um acontecimento catastrófico, raro, que diferia qualitativamente “das experiências comuns como o luto, doença crônica, perdas comerciais ou conflitos matrimoniais”. Os eventos catastróficos definidos pelo DSM-III incluíam tortura, estupro, agressão física, combate militar, aprisionamento em campo de extermínio, desastres naturais ou industriais, acidentes de carro ou exposição à violência de guerra, violência civil e violência doméstica. Pesquisas subsequentes demonstraram que os “eventos traumáticos” não eram raros (APA, 1986).

Para estabelecer o diagnóstico de TEPT no DSM-III, era necessária a experiência direta de um evento altamente ameaçador à vida ou à integridade física do indivíduo que fosse severa para produzir sintomas de sofrimento e estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas. Além disso, com relação aos sintomas desenvolvidos posteriormente à experiência do evento, os seguintes critérios deveriam estar presentes: no mínimo um sintoma de revivência ou reexperiência, ao menos um sintoma de entorpecimento da responsividade geral e, no mínimo, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos (APA, 1980).

Em 1987, na terceira edição revisada do DSM (DSM-III-R), passou a considerar-se possível o desenvolvimento do TEPT após o indivíduo conhecer ou testemunhar o evento estressor, diferenciando-se da edição anterior, que exigia a experiência direta do evento. Ao mesmo tempo, manteve-se a necessidade de que o evento estressor estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas (SCHESTATSKY et al., 2003).

Assim, em 1994, foram realizadas pesquisas específicas objetivando reavaliar o TEPT e incluir suas modificações na 4ª edição do DSM (DSM-IV). Nessa edição, a exposição ao evento estressor foi ampliada, englobando tanto características descritivas do estressor, como respostas subjetivas do indivíduo ao evento, alguns critérios das edições anteriores do DSM foram eliminados em função da variabilidade de possíveis respostas entre os indivíduos e

também pela característica de que muitos eventos estressores fazem parte da cadeia normal de eventos experienciados (CORCORAN et al., 2000).

Em 2002, de acordo com a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, o diagnóstico do TEPT é essencialmente clínico, seguindo uma classificação que diz respeito à presença de alguns critérios, entre eles: que o indivíduo apresente sintomas específicos após a exposição a um evento potencialmente traumático (Critério A1), vivido com medo intenso, horror ou impotência diante da situação (Critério A2). O critério A do DSM-IV-TR, referente ao conceito de evento traumático, tem um papel crucial no diagnóstico do TEPT. Ele representa a “porta-de-entrada” para esse diagnóstico. Não ocorrendo um evento traumático, não existe a possibilidade de diagnosticar o TEPT (APA, 2002).

Quanto aos sintomas, os mais comuns são agrupados em três conjuntos distintos: sintomas de revivescência do evento traumático (Critério B), esquiva de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da reatividade geral (Critério C) e sintomas de excitabilidade aumentada (Critério D) (APA, 2002).

O diagnóstico definitivo de TEPT exige ainda a persistência dos sintomas por pelo menos um mês (Critério E), com intensidade suficiente para interferir no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F) (APA, 2002).

Dessa maneira, a validação diagnóstica do TEPT caracterizou o sofrimento de pessoas cuja história traumática não era valorizada como fator determinante de seus padecimentos.

Atualmente, o diagnóstico do TEPT é considerado válido com o embasamento vindo de diversas áreas do conhecimento, especialmente de estudos epidemiológicos que têm consistentemente demonstrado a ocorrência do TEPT na população. Considera-se também a estrutura bio-psico-social do ser humano, pois muitos estudos, ainda que incipientes, tentam provar que a base para ocorrência do TEPT em pessoas expostas ao trauma, estão associadas a alterações na anatomia, fisiologia cerebral e aspectos da psicanálise (ARAÚJO et al., 2005).

Do ponto de vista fisiológico, o achado neuroestrutural mais consistentemente descrito tem sido a redução volumétrica do hipocampo. Estudos apontam que redução do volume hipocampal possa ser um dos predisponentes para o desenvolvimento do TEPT, mas não uma consequência do transtorno (McEWEN, 2003).

Aliadas a esses achados observa-se que os níveis do fator de liberação da corticotrofina (CRF) encontraram-se elevados na população com TEPT, sugerindo ser este hormônio um marcador biológico no diagnóstico de TEPT (SANTOS, 2006).

Embora as observações neurobiológicas sejam de um valor inestimável, as observações do comportamento e funcionamento da mente humana não podem se furtar aos aspectos das “teorias psicológicas”. A psicanálise é, sem dúvida, a mais abrangente e que serve de ponto de partida, a favor ou contra, às outras formulações teóricas sobre o funcionamento da mente humana (BRENNER, 1975).

O TEPT é mais prevalente no sexo feminino, apesar de as mulheres estarem menos expostas a eventos traumáticos ao longo da vida, elas apresentam um risco duas vezes maior do que os homens de desenvolver o transtorno, mesmo em situações ou experiências estressantes similares (SARTOR et al., 2011). Estima-se que este transtorno mental afete entre 12,3% e 20,2% das mulheres em geral (SENG et al., 2009).

O risco para desenvolver TEPT é maior entre mulheres adolescentes, de baixa renda, usuárias de drogas ilícitas e/ou lícitas, que não vivem com um parceiro, que tiveram abortos anteriores e que vivenciaram múltiplos eventos traumáticos (WANGEL et al., 2012).

Vários fatores influenciam na duração e a prevalência do TEPT, tais como o tipo de trauma, duração do trauma, cronicidade do transtorno, desenvolvimento socioeconômico do país, busca por ajuda profissional e apoio social.

Além desses fatores destaca-se também a capacidade de resiliência, constatada no fato de que algumas pessoas, por motivos ainda não muito bem elucidados como traços de personalidade, momento atual de vida, história particular de desenvolvimento psicológico, mesmo expostas ao agente traumático, apresentem apenas algumas alterações iniciais em seu estado psíquico, desenvolvendo ou um quadro de Transtorno de Estresse Agudo (que se resolve de maneira espontânea em quatro semanas) ou não apresentando nenhuma reação ao estresse (SANTOS, 2006).

Por outro lado, a resiliência pode explicar porque para algumas pessoas o evento estressor produz um resultado de crescimento pessoal e reformulações positivas do modo de vida. Porém o TEPT incrementa e somatiza o risco e gravidade das tentativas de suicídio, estando presente com prevalência entre 10,7% até 27,1% em pessoas que já tentaram pôr fim a própria vida.

Cabe ressaltar que, na própria definição de TEPT, o transtorno pode vir a se manifestar até mesmo passados cinco anos ou mais após o acontecimento traumático e de uma forma que, nem sempre, preenche todos os requisitos definidos pelo DSM-IV para o TEPT, mas com sintomatologia de outros transtornos de ansiedade que, devido ao distanciamento cronológico do incidente, não são associados pela pessoa, de imediato, à situação do trauma (SANTOS, 2006).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao número de exposições ao trauma e posterior desenvolvimento de sintomas do TEPT. Há indivíduos que passam a apresentar sintomas relacionados ao primeiro evento traumático e outros que desenvolvem os sintomas apenas após a ocorrência de um segundo ou terceiro evento, não tendo desenvolvido TEPT anteriormente (SBARDELLOTO et al., 2011). Este fato pode estar relacionado à capacidade de resiliência.

Um Inquérito Mundial sobre Saúde Mental identificou que os indivíduos que tiveram experiência com algum evento traumático, aumentaram o risco de pensamentos, planos e tentativas de suicídio (STEIN et al., 2012). Um estudo realizado na Irlanda do Norte identificou que a probabilidade de pessoas com TEPT desenvolverem um plano suicida é significativamente mais elevada do que em pessoas sem TEPT. Esse risco é ainda mais elevado no sexo feminino (4,3%) quando comparado com o sexo masculino (2,3%). A proporção de pessoas com ideação, que tentam suicídio é de 41,4% nas mulheres e 33,2% nos homens (O'NEILL et al., 2014).

Nos Estados Unidos, um estudo também analisou a associação entre a tentativa de suicídio e o transtorno de estresse pós-traumático e constatou que a tentativa de suicídio é mais comum no grupo de indivíduos portadores do TEPT. Dos 27 traumas abordados no estudo, a violência na infância, violência urbana, VPI e guerras tiveram maiores taxas de ideação suicidas (entre 49,1% e 51,9%) e tentativa de suicídio (entre 22,8% e 36,9%). Indivíduos com TEPT e que tinham sofrido mais de um trauma (politraumatismo), aumentaram as tendências suicidas, de forma que cada trauma adicional foi associado com um aumento de 20,1% na taxa de ideação suicida (LeBOUTHILLIER et al., 2015).

Nas mulheres um importante precursor do TEPT é a violência, particularmente, a praticada pelo parceiro íntimo (VPI), que faz parte do universo de fatores e eventos estressores e/ou traumáticos que podem aumentar as chances de tendências suicidas (HAWTON et al., 2012).

Por sua vez, a violência é um problema multifacetado, resultante da complexa interação entre fatores biológicos, individuais, psicológicos, relacionais, ambientais, culturais, sociais e econômicos (FONSECA-MACHADO., 2014). E é conceituada como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio do indivíduo violentado, de modo que quando a atividade e a fala deste são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ., 1985).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dividiu a violência em 3 tipos de categorias, conforme as características do responsável por cometer o ato violento: i. violência

autoinfligida, na qual a pessoa se autoagride por meio de comportamento suicida (ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio completado) ou autoabuso (mutilação); ii. violência interpessoal, subdividida em violência por parceiro íntimo, violência da família, e comunitária; e iii. violência coletiva que se subdivide em social, política e econômica (KRUG et al., 2002).

Dentro da categoria interpessoal, destaca-se aqui a VPI. A VPI é conceituada como uma relação de poder entre homens e mulheres e ocorre pela aceitação de papéis impostos historicamente a ambos, levando o homem a ter um papel de poder, de dominador, de disciplinador, o qual, perante a insatisfação por causas diversas, externaliza sua frustração por meio da violência contra a mulher em seu domicílio (TELES et al., 2012). Na maior parte dos casos os principais agressores são os maridos, ex-maridos, namorados, ex-namorados e o pai. (QUARANTINI., et al 2009).

A violência cometida pelo agressor pode ser de natureza psicológica, física e sexual (KRUG et al., 2002). A violência psicológica é toda ação ou omissão que cause ou vise a causar danos à identidade, ao desenvolvimento ou a autoestima de uma pessoa e inclui insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento e manipulação. A violência física por sua vez acontece quando uma pessoa causa ou tenta causar dano a outrem, por meio do uso da força física ou de armas, resultando em lesões. Já a violência sexual ocorre quando uma pessoa, em situação de poder obriga a outra a práticas sexuais indesejadas, por meio da força física, da coerção ou da intimidação (FONSECA-MACHADO, 2014).

A VPI é multicausal, sendo determinada por fatores individuais, familiares, comunitários e socioculturais. Dentre os fatores relacionados à VPI destacam-se as más condições socioeconômicas, menor idade, menor nível escolar, experiência de abuso na infância, idade precoce da primeira relação sexual, violência na família entre os pais, autonomia financeira da mulher, uso de drogas ilícitas pelo parceiro, aceitação da violência, múltiplos parceiros, experiência prévia de VPI e disparidades educacionais entre o casal (WHO, 2010; ACKERSON et al., 2008).

A mulher vitimada e exposta cronicamente à VPI predispõe-se ao desenvolvimento do TEPT, conseqüentemente a tendências suicidas e à manutenção de comorbidades, como sintomas de ansiedade e depressão, dificultando ainda mais o tratamento de tal patologia. Ressalta-se, ainda, que a VPI pode apresentar-se de várias formas, tais como o abuso físico, sexual e coerção, mas para o desenvolvimento do TEPT a relevância encontra-se na significação e interpretação atribuída ao evento traumático (HATZENBERGER et al., 2010).

No Brasil, estudos epidemiológicos estimam que entre 26% e 55,7% das mulheres vivenciaram algum tipo de violência por parte de seus parceiros íntimos (VIEIRA et al.2011; MATHIAS et al. 2013)

A VPI é mais prevalente entre mulheres em idade reprodutiva (SHAMU et al., 2011), podendo ocorrer no período gravídico – puerperal, o que torna ainda mais preocupante devido aos danos e efeitos adversos para a saúde da mãe, do feto, e da criança (MAKAYOTO et al., 2013).

Durante o ciclo gravídico-puerperal, frequentemente visto como um período de bem-estar emocional, pode também representar um momento de estresse. Situações estressoras podem ser potencializadas e serem disparadoras de alterações emocionais ou transtornos mentais (HOWARD et al., 2013). Assim a VPI é considerada um estressor para muitas mulheres e contribui significativamente para ocorrência de TEPT (ONOE et al., 2013) e comportamento suicida, os quais associam-se a efeitos adversos para o feto, a criança e a mulher (GROTE et al., 2010).

No Recife, constatou-se que a prevalência foi de 32,4% antes da gestação, 31,0% durante e 22,6% depois da gestação. As mulheres que relataram violência antes da gravidez tiveram 11,6 vezes mais chances de relatar violência durante a gravidez. Quando as mulheres relataram violência durante a gravidez, a chance de relatos no pós-parto foi 8,2 vezes maior. A violência psicológica foi a de maior prevalência, principalmente durante a gestação (28,8%); a sexual, a menos prevalente, especialmente no pós-parto (3,7%) e a física diminuiu quase 50% durante a gestação em comparação com o período anterior (SILVA et al., 2011).

O TEPT pode ser uma consequência psicopatológica comum na violência pelo parceiro íntimo, porém não a única (QUARANTINI, 2009). O comportamento suicida não somente faz parte dessa lista nociva de consequências da VPI, como também está associado diretamente ao transtorno de estresse pós-traumático. Dessa maneira, observa-se um ciclo perigoso e devastador para a vida pessoal e social da mulher e de seus familiares que transitam por males tão interligados como a VPI, o TEPT e o comportamento suicida (MOZZAMBANI, 2011).

Destaca-se que o TEPT afeta entre 33% e 83% das mulheres em situação de VPI ao longo da vida e 9% durante a gestação (MAHENGGE et al., 2013). Ademais, as três naturezas de atos violentos perpetrados pelo parceiro íntimo contra a mulher (psicológica, física e sexual) têm sido associadas à ocorrência dos sintomas de TEPT (MC FARLANE et al., 2005; PICO-ALFONSO, 2005).

Em Michigan-EUA, estimou-se que as taxas do TEPT em mulheres vítimas de

violência pelo parceiro íntimo variaram entre 45 e 60%. Os dados relataram que as mulheres de etnia afro-americanas tinham menor prevalência do que as americanas-europeias (LILLY e GRAHAM-BERMANN, 2009).

Ainda nos EUA e na Tanzânia as prevalências de TEPT foram de 3,5% e 13% respectivamente, para mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo (MAHENGE et al., 2013).

No Brasil, em Porto Alegre –RS, identificou-se que 76,5% das mulheres que foram violentadas pelos parceiros íntimos, apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT (HATZENBERGER et al., 2010).

Em Ribeirão Preto-SP, as prevalências de TEPT e de ideação suicida foram de 17,0% e 7,8%, respectivamente em mulheres que sofriam VPI. Após se ajustar aos modelos de regressão logística múltipla, a VPI durante a gestação associou-se com o indicativo do diagnóstico de TEPT e com o indicativo da presença de ideação suicida (FONSECA-MACHADO, 2014).

Sendo assim, o processo do adoecimento da mulher em virtude da rotinização dos traumas parece ter suas consequências no estado de saúde físico, mental e sexual. As sequelas psicológicas do abuso são mais graves do que o dano físico. A experiência do trauma destrói a autoestima, expondo a mulher a um risco mais elevado de sofrer problemas mentais (LUDERMIR et al., 2014), como o transtorno de estresse pós-traumático e a tendência ao suicídio (GUIMARÃES, 2010). Talvez a percepção e sensibilidade de identificar os inúmeros traumas e violências na vida da mulher, seja o momento mais propício à intervenções na sua saúde, aprimorando o cuidado e prevenindo o suicídio. Diante disso, nesse estudo se faz necessário mensurar e investigar a associação da tentativa de suicídio com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e Violência por Parceiro Íntimo (VPI).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a associação da Tentativa de suicídio com o Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e Violência por parceiro íntimo (VPI) em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Recife.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sócio demográficas e econômicas da mulher e do parceiro;
- Estimar a frequência da VPI antes e durante à gravidez; no pós-parto e nos últimos 7 anos após o parto;
- Estimar a prevalência do TEPT e da tentativa de suicídio nos últimos 7 anos após o parto;
- Estimar a associação da tentativa de suicídio com TEPT, ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e VPI.

3. MÉTODOS

3.1 Desenho e local do estudo

Foi realizado um estudo transversal, aninhado em um estudo de coorte prospectivo, que faz parte de um estudo maior iniciado em 2005 no qual já foram concluídas duas etapas. O trabalho representa a terceira etapa do estudo e teve como objetivo investigar a associação entre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e tentativa de suicídio, ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Recife.

Objetivando a facilidade operacional da pesquisa de campo, optou-se por fazer a pesquisa em um único distrito sanitário (DS) da cidade do Recife, o II.

O DS II limita-se com o município de Olinda, ao norte e ao leste, e com o Distrito Sanitário III a Oeste e Sul. É composto por 18 bairros que estão distribuídos em três microrregiões (RECIFE, 2014).

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,51% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,79 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (RECIFE, 2006).

A ocupação do DS II é predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS, nessas residindo em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS (RECIFE, 2006).

O número de habitantes do Distrito é de 231.418 (RECIFE, 2014), representando 14,38% da população recifense, sendo 53,74% mulheres e 46,25% homens (RECIFE, 2014). No que diz respeito à infra-estrutura, o DS II apresenta 95,35% dos domicílios com abastecimento de água e 96,92% com coleta de lixo. Além disso, 51,58% dos domicílios

possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,26% estão ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2006).

A rede de atenção à saúde é composta por 46 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), 23 equipes de saúde bucal, 3 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, sete polos da academia da cidade. Ainda compõem a rede do distrito, uma UPINHA/USF, duas Policlínicas, dois Centros de Atenção Psicossocial – Transtornos Mentais (CAPS), e seis Residências Terapêuticas (RECIFE, 2014).

3.2 População de estudo

A população de base deste estudo foi composta por 1.133 mulheres gestantes, elegíveis para a pesquisa, entre 18 e 49 anos de idade, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II do Recife, que foram entrevistadas inicialmente no período de julho de 2005 a outubro de 2006, dando seguimento a coorte, sendo entrevistadas novamente entre julho de 2013 a dezembro de 2014.

3.3 Coleta de dados

A primeira etapa foi realizada no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Foram entrevistadas gestantes contatadas durante a consulta do pré-natal e as entrevistas foram realizadas antes ou imediatamente após a consulta. Do total das 1.133 mulheres, 1.120 (98,9%) foram entrevistadas.

A segunda etapa ocorreu entre três e seis meses após o parto no período de maio a dezembro de 2006. As mulheres agendadas para consulta da puericultura foram contatadas na USF e a entrevista realizada antes ou imediatamente após a consulta ou agendada para a data e local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as mesmas. Nesta segunda etapa, foram entrevistadas 1.057 mulheres, representando 94,3% das gestantes que responderam ao primeiro questionário (1.120).

Na terceira etapa do estudo, todas as mulheres que participaram das etapas anteriores foram convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiram-se as mesmas perguntas sobre violência que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos sete anos. As entrevistas ocorreram no período de julho de 2013 a dezembro de 2014.

Para incrementar a retenção da coorte, antes de iniciar o trabalho de campo a equipe de coordenação da pesquisa organizou uma lista das mulheres que foram entrevistadas durante a

gravidez / puerpério por USF. Todas as USF do DS II foram visitadas pela coordenadora do trabalho de campo para checar se as mulheres ainda estavam cadastradas nas mesmas unidades e solicitar a colaboração dos profissionais de saúde para a sua localização. Permaneceram cadastradas nas mesmas USF aproximadamente 70% da amostra original. As mulheres foram visitadas em seus domicílios pelas entrevistadoras, ou agendadas data e local para a entrevista.

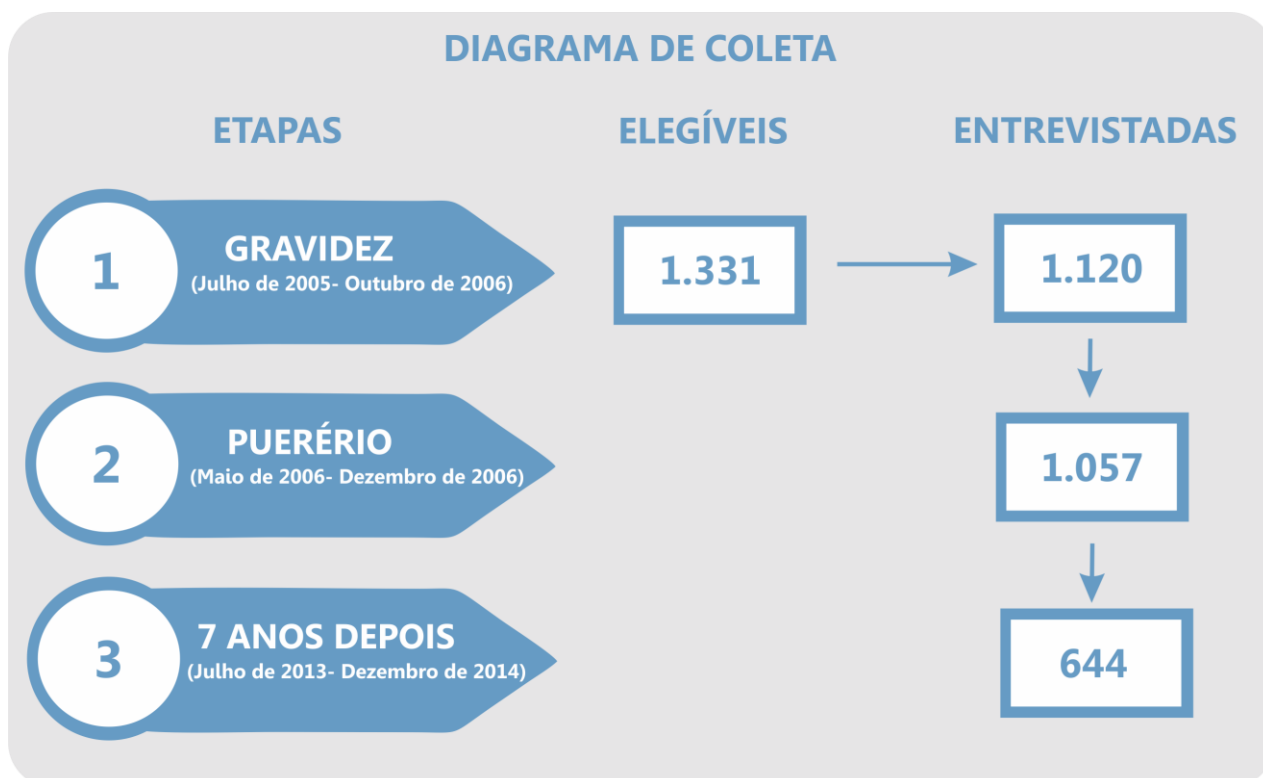


Figura 1. Diagrama de Coleta

3.4 Instrumentos da coleta

Questionário da Mulher

Precedido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o Questionário da mulher (Apêndice B) foi elaborado tendo como referência o Questionário da Mulher do estudo Multipaíses sobre Saúde da mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde. A violência contra a mulher foi investigada pelas mesmas questões utilizadas na gravidez e no puerpério, referindo-se aos últimos sete anos após o parto (LUDERMIR et al., 2010).

Para o presente trabalho, foram utilizadas as seções referentes à identificação da mulher e do parceiro, características socioeconômicas e demográficas (Quadro 1 e 2 respectivamente), experiência com as diversas formas de violência pelo parceiro íntimo

(psicológica, física e sexual) que foi considerada presente quando a mulher respondeu “SIM” a pelo menos um dos itens do respectivo bloco de perguntas (Quadro 3), daí sendo possível calcular as prevalências de VPI antes da gravidez, na gravidez, no pós-parto, e nos últimos 7 anos após o parto. O *Psicométrics Checklist-Civilian* (PCL-C) foi utilizado para a identificação de sinais e sintomas sugestivos de TEPT (Quadro 4), e a tentativa de suicídio, através do *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) (Quadro 5).

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

O questionário **Psicométrics Checklist-Civilian (PCL-C) (Quadro 4)**, versão para a identificação de sinais e sintomas sugestivos de TEPT. O PCL-C avalia 17 sintomas para o diagnóstico do TEPT, que contemplam os critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) sendo eles: A) ter um ou mais confrontos, vivências ou testemunhos da vítima com algum evento estressor traumático. B) aparecimento de uma tríade psicopatológica desencadeada pelo trauma composta por (re) experiência do fator estressor; C) esquiva dos estímulos associados a ele ou entorpecimento afetivo; D) excitabilidade autonômica aumentada; E) os sintomas devem permanecer por mais de quatro semanas e causar à vítima sofrimento ou prejuízo no âmbito social, ocupacional ou outras áreas importantes de sua vida. O questionário PCL-C possui 17 perguntas com pontuação que varia de 1 a 5 (1- nada, 2- um pouco, 3- médio, 4- bastante, 5- muito) que revela a gravidade em que tais sinais e sintomas se apresentavam no mês anterior ao preenchimento do questionário. Aquelas perguntas que obtenham pontuação maior que três, indicam relevância clínica. As perguntas 1 a 5 referiam-se a fatos que promovam uma (re) experiência do fator traumático, tais como recordações aflitivas, imagens, sonhos ou *flashbacks* que se manifestam de maneira recorrente e intrusiva promovendo uma resposta de raiva, medo ou culpa da vítima. Quando uma ou mais destas perguntas foram relevantes (pontuação igual ou superior a três), constata-se a presença do critério B. Aquelas enumeradas de 6 a 12 investigam a presença do entorpecimento afetivo ou “anestesia emocional”. Compreende a incapacidade de sentir prazer com as atividades cotidianas, que antes lhes proporcionavam satisfação e a esquiva de pensamentos, lugares, conversas ou atividades que possam ativar as recordações do trauma. A presença de três ou mais perguntas com pontuação necessária (maior ou igual a três) relacionam-se ao critério C. As questões 13 a 17 avaliam a excitabilidade autonômica, como a insônia, irritabilidade ou surtos de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância ou resposta exagerada a estímulos externos frente ao receio de um novo acontecimento traumático. A presença de duas ou mais questões relevantes são indicativas do critério D. A

presença da tríade psicopatológica avaliada por este instrumento, e dos critérios A e E sugerem diagnóstico de TEPT.

Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)/Tentativa de Suicídio

O **SRQ-20** é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de transtornos psiquiátricos em usuários da atenção primária à saúde de países em desenvolvimento (HARDING et al.,1980). É composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, no Brasil, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (MARI & WILLIAMS, 1986). E em Pernambuco, de 62% e 80%, respectivamente (LUDERMIR & LEWIS, 2005). Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8 baseado nos resultados de MARI & WILLIAMS (1986) e de FACUNDES & LUDERMIR (2005) e as mulheres foram divididas em dois grupos: não suspeitas de transtorno mental comum (TMC) (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito). No presente questionário foi analisada a pergunta de número 502 (Já tentou pôr fim a sua vida?), cujo conteúdo questiona a entrevistada sobre a existência de tentativa de suicídio, (Quadro 5).

3.5 Definição das variáveis

Foi definido como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres vivem ou viveram, independente de união formal, incluindo os namorados atuais desde que elas mantivessem relações sexuais com eles.

3.5.1 Independentes

Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher (Quadro 1)

Idade da Mulher, Religião, Raça-Cor, Ler e Escrever, Total de Anos de Estudo, Renda, Atualmente Trabalha, Quantas vezes foi casada, Idade que Casou, Estado Civil, Quantidade de Amigos Íntimos, Fumante, Uso de álcool.

Quadro 1. Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher

Variável	Definição	Categorização de Respostas
Idade da mulher	-	De 20 a 30 anos De 31 a 59 anos
Religião	-	- Sim - Não
Raça-Cor		Branca Negra Outras
Ler e Escrever		- Sim - Não
Total de Anos de Estudo		De 0 a 4 Anos 5 Anos ou Mais
Renda	Calculada de acordo com o salário mínimo de 2013 (R\$ 678,00)	Nenhuma Menos de 678 678 ou mais
Atualmente Trabalha		- Sim - Não
Quantas vezes foi casada		Nenhuma Apenas uma Duas ou mais
Idade que Casou		Não Casou Entre 10 e 19 anos Entre 20 e 59 anos
Estado Civil		Não Casada Casada
Quantidade de Amigos Íntimos		Nenhum Apenas 1 De 2 a 10
Fumante		- Sim - Não

Uso de álcool		- Sim - Não
---------------	--	----------------

Variáveis socioeconômicas e demográficas do Parceiro (Quadro 2)

Idade do Parceiro, Parceiro Sabe Ler e Escrever, Total de Anos de Estudo, Renda do Parceiro ,Uso de álcool pelo parceiro, Uso de drogas pelo parceiro.

Quadro 2. Variáveis socioeconômicas e demográficas do Parceiro

Variável	Definição	Categorização de Respostas
Idade do Parceiro	-	Entre 20 e 30 anos Entre 31 e 59 anos 60 anos ou mais
Parceiro Sabe Ler e Escrever	-	- Sim - Não
Total de Anos de Estudo	-	De 0 a 4 5 ou Mais
Renda do Parceiro	Calculada de acordo com o salário mínimo de 2013 (R\$ 678,00)	Nenhuma Menos de 678 678 ou mais
Uso de álcool pelo parceiro		- Sim - Não
Uso de drogas pelo parceiro		- Sim - Não

Violência pelo Parceiro Íntimo (Quadro 3)

(VPI) - Antes da gravidez, na Gravidez, no Pós-parto e nos últimos 7 anos Pós-parto.

Quadro 3. Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo (VPI)

Violência Psicológica	Categorização de Respostas
1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? 4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	- Sim - Não
Violência Física	
1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão? 3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 5- Estrangulou ou queimou você de propósito? 6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	- Sim - Não
Violência Sexual	
1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer? 3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	- Sim - Não

Transtorno por estresse pós-traumático (Quadro 4)

(TEPT) - nos últimos 7 anos Pós-parto.

Quadro 4. Psicométrics Checklist-Civilian (PCL-C) - TEPT

PCL-C - TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO		Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
601	Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
602	Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
603	De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
604	Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
605	Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
606	Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
607	Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
608	Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
609	Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
610	Sentir-se distante ou afastado de outras pessoas?	1	2	3	4	5
611	Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
612	Sentir-se como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5
613	Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5
614	Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5
615	Ter dificuldades de se concentrar?	1	2	3	4	5
616	Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5
617	Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5

3.5.2 Dependente

Tentativa de Suicídio (Quadro 5)

Quadro 5. Pergunta acerca de tentativa de suicídio da mulher

Tentativa e ideação suicida	Categorização de Respostas
1- Já tentou pôr fim à sua vida	- Sim - Não

3.6 Construção do banco de dados

Os dados da terceira entrevista foram digitados no programa Epi-Info versão 3.5.2, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada com a utilização do pacote estatístico SPSS para Windows (versão 20) abrangendo a utilização de procedimentos descritivos e analíticos. A distribuição de frequência da Tentativa de suicídio, do TEPT e das co-variáveis foram identificadas e para análise de associação entre variáveis independentes e a de desfecho foi efetuada aplicação do teste de Qui-quadrado e Análise de Resíduos Padronizados. O teste do χ^2 esclarece se a distribuição da Tentativa de suicídio segundo as variáveis independentes dos 4 blocos do modelo hierarquizado é aleatória ou se há um padrão determinado por dependência entre essas variáveis. A análise de resíduos revela os padrões característicos de cada categoria de cada variável segundo o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável.

Foi realizada uma modelagem hierárquica baseada em modelos teóricos para as variáveis explicativas da tentativa de suicídio (Figura 2). Estes modelos foram baseados nas teorias da determinação social da doença com uma abordagem estruturalista do processo saúde-doença. A variável dependente foi a prevalência de Tentativa de Suicídio, que foi estratificada em duas categorias: sim (tentou) ou não (não tentou).

As variáveis independentes foram divididas em quatro blocos hierárquicos (Figura 2), de organização de dados de maneira distal para proximal, determinantes de Tentativa de Suicídio: variáveis sociodemográficas relacionadas com o parceiro da mulher; variáveis

sociodemográficas relacionadas com a mulher; Variáveis da violência pelo parceiro íntimo (VPI) e a variável do Transtorno de Estresse Pós -Traumático (TEPT).

No bloco (1), variáveis sociodemográficas relacionadas com o parceiro da mulher, foram analisadas a Idade do parceiro; se ele sabe ler; a soma dos anos de estudo; a sua renda; se ele é etilista e se é usuário de drogas ilícitas. No bloco (2), variáveis sociodemográficas relacionadas com a mulher, foram analisadas a Idade da mulher; se possui religião; raça; se sabe ler e escrever; Soma dos anos de estudo; renda; se trabalha atualmente; quantas vezes foi casada; idade que casou; estado civil; quantidade de amigos íntimos; se ela é etilista e se é fumante. No bloco (3), variáveis relacionadas a violência pelo parceiro íntimo (VPI), foram analisadas a VPI antes da gravidez dessa mulher; a VPI na gravidez; a VPI pós – parto; a VPI nos últimos 7 anos após o parto. E no bloco (4), variável relacionada ao Transtorno do Estresse Pós – traumático (TEPT).

No presente estudo buscou-se caracterizar as categorias de presença ou não, de Tentativa de Suicídio, segundo o excesso de ocorrências em combinações com categorias das variáveis independentes dos 4 blocos do modelo hierarquizados, de quê, de forma estatisticamente significativa, mulheres tentam ou não o suicídio. Tanto para a associação entre as variáveis no teste do χ^2 quanto para a associação entre categorias de variáveis na análise de resíduos, adotou-se o nível de significância de 5%. Este nível de significância para o excesso de ocorrências corresponde a resíduo com valor positivo superior a 1,96.

O efeito da associação com Tentativa de Suicídio foi estimado por meio de modelos de regressão logística simples e múltipla, visando como medida de efeito a razão de chances (Odds Ratio-OR). Iniciou-se a análise simples em cada bloco de associação. Dentro de cada nível hierárquico apresentado na Figura 2, as variáveis com $p < 0,25$ foram testadas em modelos múltiplos. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada nível e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Em todas as análises de associação foi considerado um nível de significância de 5%.

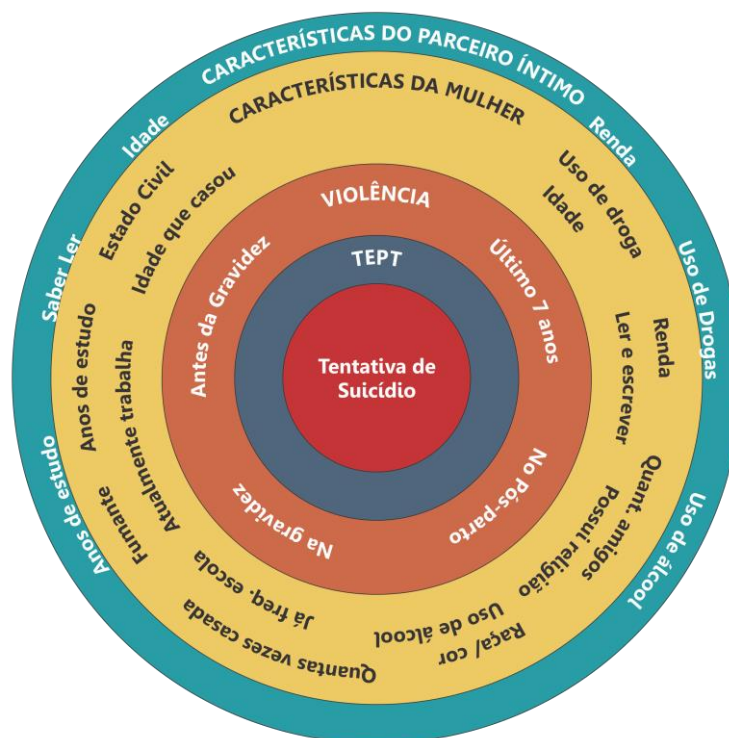


Figura 2. Modelo hierarquizado baseado em modelos teóricos para as variáveis explicativas da tentativa de suicídio.

3.8 Aspectos éticos

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram e serão garantidas durante e após a entrevista, tentando assegurar proteção às entrevistadas de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares ou vizinhos.

Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após a entrevista. Esses questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

Os questionários da pesquisa foram guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), no qual permanecerão por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da investigadora principal.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 194.672), em conformidade com a Resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas junto a seres humanos.

4. TENTATIVA DE SUICÍDIO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA COORTE DE MULHERES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida representa um importante problema de saúde pública. O espectro desse comportamento envolve o suicídio (morte autoinfligida), a tentativa de suicídio (TS) (comportamento autoagressivo sem evolução fatal) e ideação suicida (pensar em acabar com a própria vida). Por sua vez, o suicídio é um ato intrínseco ao ser humano, sendo um fenômeno complexo, com inúmeras interpretações, podendo ser compreendido desde uma consequência de um transtorno mental até como um ato de suprema liberdade¹.

No mundo, a mortalidade por suicídio tem expressivo impacto. Em 2012, foram registradas 804 mil mortes por suicídio, representando uma taxa de suicídio em adultos de 18 anos ou mais, de 15,4 suicídios para cada 100.000 habitantes, sendo a 2º maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, indicando que para cada suicídio outras 20 tentativas foram realizadas. Mundialmente, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas registradas entre homens e 71% entre as mulheres².

Em países em desenvolvimento a TS está relacionada às normas e aos valores socioculturais, a violência pelo parceiro íntimo (VPI) e ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Seu principal precursor é a ideação suicida, cuja prevalência é de 9% na população e varia entre 2,7% e 12% em mulheres no ciclo gestacional³.

O TEPT representa um dos principais fatores desencadeantes do comportamento suicida. A ocorrência do TEPT está condicionada à eventos estressores, que são apontados como precursores para o desenvolvimento de situações traumáticas⁴.

O TEPT é um transtorno de ansiedade caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais em decorrência de o portador ter sido vítima ou testemunha de atos violentos ou de situações traumáticas que representaram ameaça à sua vida ou à vida de terceiro⁵. Esse transtorno é mais prevalente no sexo feminino, apesar das mulheres estarem menos expostas a eventos traumáticos ao longo da vida, elas apresentam um risco duas vezes maior do que os homens de desenvolver o TEPT. Estima-se que este transtorno afete entre 12,3% e 20,2% das mulheres⁶.

Um estudo realizado na Irlanda do Norte identificou que a probabilidade de pessoas com TEPT desenvolverem um plano suicida é mais elevada do que em pessoas sem TEPT.

Esse risco é ainda maior no sexo feminino (4,3%) quando comparado com o masculino (2,3%)⁷.

Nas mulheres um importante precursor do TEPT é a violência, particularmente, a VPI, que faz parte do universo de fatores e eventos estressores e/ou traumáticos que podem aumentar as chances de TS³.

A violência é um problema multifacetado, resultante da complexa interação entre fatores biológicos, individuais, psicológicos, relacionais, ambientais, culturais, sociais e econômicos⁸.

A VPI é conceituada como uma relação de poder entre homens e mulheres. Ocorre pela aceitação de papéis impostos historicamente a ambos, levando o homem a ter um papel de poder, de dominador, de disciplinador contra a mulher⁹.

A VPI é mais prevalente entre mulheres em idade reprodutiva, podendo ocorrer no período gravídico – puerperal, o que torna ainda mais preocupante devido aos danos e efeitos adversos para a saúde da mãe, do feto, e da criança¹⁰.

No Brasil, em Recife, constatou-se que a prevalência de VPI foi de 32,4% antes da gestação, 31,0% durante e 22,6% depois¹¹.

O TEPT pode ser uma consequência psicopatológica comum da VPI, porém não a única. O comportamento suicida, também associado a estes fatores, pode ter como desfecho uma consequência ainda mais trágica para a mulher e sua família¹².

Destaca-se que o TEPT afeta entre 33% e 83% das mulheres em situação de VPI ao longo da vida¹³. No Brasil, em Ribeirão Preto-SP, as prevalências de TEPT e de ideação suicida foram de 17,0% e 7,8%, respectivamente em mulheres que sofriam VPI⁸.

Sendo assim, o processo do adoecimento da mulher em virtude da rotinização dos traumas parece ter suas consequências no estado de saúde físico, mental e sexual. As sequelas psicológicas do abuso são mais graves do que o dano físico. A experiência do trauma destrói a autoestima, expondo a mulher a um risco mais elevado de sofrer problemas mentais¹⁴.

Nesse sentido se faz necessário investigar a associação da TS com o TEPT, ajustada por fatores socioeconômicos, demográficos e VPI em mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Recife.

MÉTODOS

É um estudo transversal realizado no Distrito Sanitário II do Recife, PE, entre julho de 2013 e dezembro 2014, com mulheres participantes da terceira etapa de um estudo de coorte

delineado para investigar as consequências da violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos sete anos, para a sua saúde mental. A ocupação do Distrito Sanitário II é predominantemente residencial, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco zonas especiais de interesse social (ZEIS), nas quais residem em média 60% de toda sua população ¹⁷.

No estudo de coorte foram conduzidas três etapas de coleta de dados (Figura 1). As duas primeiras ocorreram nos anos de 2005 e 2006. Na primeira etapa, todas as grávidas (n = 1.133), com idade de 18 a 49 anos, com 31 semanas ou mais de gestação, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II do Recife foram consideradas elegíveis. Os contatos com as gestantes que não faziam o pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF) e com aquelas que não realizavam pré-natal com regularidade foram feitos no domicílio. Essas gestantes foram identificadas a partir dos registros dos agentes comunitários de saúde e incluídas no estudo.

Das 1.133 mulheres elegíveis, 1.121 (98,9%) foram entrevistadas e, dessas, 1.057 foram re-entrevistadas no pós-parto (segunda etapa). Para a presente pesquisa, (terceira etapa) da coorte, foram entrevistadas 644 (61,5%) mulheres que participaram da segunda etapa (Figura 1). Entre a segunda e a terceira etapa cinco mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço e 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa.

Os dados foram coletados por profissionais de nível superior, treinadas e com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher e violência. No treinamento, foram enfatizadas questões éticas e a necessidade de coleta de informações precisas. Foram realizadas entrevistas simuladas, sendo também realizado estudo piloto no Distrito Sanitário VI do Recife. As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, nas residências das participantes de maneira reservada, ou em outro local conveniente para a mulher.

As questões sobre VPI tiveram como referência o questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica, conduzido pela Organização Mundial da Saúde. Para identificar a violência, as questões caracterizavam como violência física as agressões físicas ou o uso de objetos para produzir lesões; como violência psicológica, os comportamentos ameaçadores, as humilhações e os insultos; e como violência sexual, as relações sexuais por meio da força física ou ameaças e imposição de atos considerados

humilhantes. A mulher que respondeu “sim” a pelo menos uma das questões que compõem cada tipo de violência foi considerada como caso positivo.

Foi definido como parceiro íntimo, o companheiro ou ex-companheiro, com os quais as mulheres vivem ou viveram, independente de união formal, incluindo os namorados atuais, desde que elas mantivessem relações sexuais com eles.

Foram utilizadas perguntas referentes às características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro, apresentadas na Tabela 1, blocos 2 e 1 respectivamente.

A TS foi avaliada pela pergunta “já tentou pôr fim à sua vida” do *Self-Reporting Questionnaire*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, SRQ-20. Ele é composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. Foi validado em Pernambuco, com sensibilidade de 62% e especificidade de 80% ¹⁶.

O TEPT foi avaliado pelo questionário *Psicométrics Checklist-Civilian* (PCL-C). O PCL-C avalia 17 sintomas para o diagnóstico do TEPT, que contemplam os critérios (A, B, C, D, E) do (DSM-IV), sendo eles: A) vivenciar ou testemunhar algum evento traumático. B) aparecimento de uma tríade psicopatológica desencadeada pelo trauma composta por (re) experiência do fator estressor; C) esquiva dos estímulos associados a ele; D) excitabilidade autonômica aumentada; E) os sintomas devem permanecer por mais de quatro semanas e causar à vítima sofrimento ou prejuízo no âmbito social, ocupacional ou outras áreas. O PCL-C possui 17 perguntas com pontuação que varia de 1 a 5 (1- nada, 2- um pouco, 3- médio, 4- bastante, 5- muito) que revela a gravidade em que tais sinais e sintomas se apresentavam no mês anterior ao preenchimento do questionário. Aquelas perguntas que obtenham pontuação maior que três, indicam relevância clínica. As perguntas 1 a 5 referem-se a fatos que promovam uma (re) experiência do fator traumático. Quando uma ou mais destas perguntas foram relevantes (pontuação igual ou superior a três), constatou-se a presença do critério B. Aquelas enumeradas de 6 a 12 investigam a presença da esquiva dos estímulos associados ao trauma. A presença de três ou mais perguntas com pontuação maior ou igual a três relacionam-se ao critério C. As questões 13 a 17 avaliam a excitabilidade autonômica. A presença de duas ou mais questões com pontuação necessária ao diagnóstico são indicativas do critério D. A presença da tríade psicopatológica avaliada por este instrumento, e dos critérios A e E sugerem diagnóstico de TEPT.

Os dados da terceira entrevista foram digitados no programa Epi-Info versão (3.5.2), com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação.

A análise dos dados foi efetuada com a utilização do SPSS para Windows (versão 20) abrangendo a utilização de procedimentos descritivos e analíticos. A distribuição de frequência da TS, do TEPT e das co-variáveis foram estimadas e para análise de associação entre variáveis independentes e a de desfecho foi efetuada aplicação do teste de Qui-quadrado e Análise de Resíduos Padronizados. O teste do χ^2 esclarece se a distribuição da TS segundo as variáveis independentes dos 4 blocos do modelo hierarquizado é aleatória ou se há um padrão determinado por dependência entre essas variáveis. A análise de resíduos revela os padrões característicos de cada categoria de cada variável segundo o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável.

Foi realizada uma modelagem hierárquica baseada em modelos teóricos para as variáveis explicativas da TS (Figura 2). Estes modelos foram baseados nas teorias da determinação social da doença.

As variáveis independentes foram divididas em quatro blocos hierárquicos (Figura 2), de organização de dados de maneira distal para proximal, determinantes para a TS: variáveis sociodemográficas relacionadas com o parceiro da mulher (bloco 1); variáveis sociodemográficas relacionadas com a mulher (bloco 2); variáveis da VPI (bloco 3) e a variável do TEPT (Bloco 4). Descrever quais são as variáveis de cada bloco com sua respectiva categoria.

A variável dependente foi a prevalência de TS, que foi estratificada em duas categorias: sim (tentou) ou não (não tentou).

No presente estudo buscou-se caracterizar as categorias de presença ou não, de TS, segundo o excesso de ocorrências em combinações com categorias das variáveis independentes dos 4 blocos do modelo hierarquizados, de quê, de forma estatisticamente significativa, mulheres tentam ou não o suicídio. Tanto para a associação entre as variáveis no teste do χ^2 , quanto para a associação entre categorias de variáveis na análise de resíduos, adotou-se o nível de significância de 5%. Este nível de significância para o excesso de ocorrências corresponde o resíduo com valor positivo superior a 1,96.

O efeito da associação com TS foi estimado por meio de modelos de regressão logística simples e múltipla, visando como medida de efeito a razão de chances (Odds Ratio-OR). Iniciou-se a análise simples em cada bloco de associação. Dentro de cada nível hierárquico apresentado na Figura 2, as variáveis com $p < 0,25$ foram testadas em modelos

múltiplos. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada nível e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Em todas as análises de associação foi considerado um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 194.672), em conformidade com a Resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas junto a seres humanos. Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

RESULTADOS

A maior parte dos parceiros dessas mulheres tinham idade entre 31 e 59 anos, sabiam ler e escrever, estudaram 5 anos ou mais, tinham renda maior que 678 reais, usavam álcool e não usavam drogas ilícitas. Entre as mulheres, a maioria tinham idade entre 31 e 59 anos, possuíam alguma religião, eram da raça/cor negra, sabiam ler e escrever, estudaram 5 anos ou mais, ganhavam menos de 678 reais, não trabalhavam, eram casadas, casaram-se apenas uma vez, entre 10 e 19 anos, não tinham amigos íntimos, não fumavam e nem usavam álcool (Tabela 1).

A frequência da VPI, foi 32,1% antes da gravidez; 33,9% na gravidez; 22,2% no pós – parto e 33,1% 7 anos após o parto. A prevalência de sintomas sugestivos de TEPT, presente nessas mulheres, foi de 16% e a de TS foi 10,9%. (Tabela 1).

Os resultados da análise da associação das variáveis com a TS mostraram que a TS foi mais frequente nas mulheres as quais seu parceiro não tinham renda, nas mulheres que não tinham religião, que foram casadas duas ou mais vezes, e nas que tiveram sintomas sugestivos de TEPT (Tabela 1).

As mulheres que não possuíam religião, tinham maior probabilidade de tentar suicídio ($OR = 1,76$) em comparação com as mulheres que eram adeptas a uma religião. Nas mulheres que tinham sintomas sugestivos de TEPT a probabilidade de tentar o suicídio foi aproximadamente cinco vezes maior ($OR = 4,77$) do que nas mulheres que não tinham o TEPT (Tabela 2).

A análise de regressão logística binomial múltipla foi realizada, incluindo todas as variáveis que apresentaram associação com a TS na análise não ajustada. No modelo ajustado, as variáveis religião e TEPT permaneceram associadas à TS. Os resultados mostraram que as mulheres que não eram adeptas a nenhuma religião eram mais propensas a TS ($OR = 1,76$)

em relação as que eram adeptas. E as mulheres que tinham sintomas sugestivos de TEPT, tinham uma propensão maior que cinco vezes ($OR = 5,11$) de tentar acabar com a própria vida do que as mulheres que não tinham TEPT (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a associação da TS com o TEPT, ajustado por fatores socioeconômicos, demográficos e VPI, em mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Recife.

Pesquisas mencionaram que entre os fatores de risco para as TS sobressaem-se variáveis sócio demográficas e clínico-epidemiológicas, tentativa pregressa de suicídio e os transtornos mentais ¹⁷.

Nesse trabalho a frequência da TS foi maior e estatisticamente significativa nas mulheres que não eram afiliadas a uma religião, e naquelas que tiveram sintomas sugestivos de TEPT.

A prevalência de TS foi de 10,9%, sendo considerada alta quando comparada à outras pesquisas. Estudos realizados na Europa, Estados Unidos e Austrália, tiveram prevalência entre 3% e 5% ¹⁸.

Por outro lado, o estudo de Stevens encontrou prevalência de TS quase três vezes maior do que a presente pesquisa, 28%. Stevens, ainda encontrou que o TEPT foi um preditor independente da subsequente tentativa de suicídio $OR = 2,5$ ($P < 0,0001$) e prevalência desse transtorno de 14,3% ¹⁹.

Nesse estudo, as mulheres que tinham sintomas sugestivos de TEPT e que tentaram suicídio, representaram 28,2%, comparadas a 7,6% que não tinham TEPT e tentaram pôr fim a própria vida.

Em estudo realizado na Inglaterra, o TEPT foi um fator de risco bem estabelecido para o comportamento suicida. Das que tentaram suicídio, 32% tiveram diagnóstico de TEPT ²⁰.

Nos EUA, constatou-se que o politraumatismo aumentava a tendência suicida, de forma que cada trauma adicional foi associado com um aumento de 38,9% na taxa de TS⁴.

As chances de tentar o suicídio, nas mulheres desse estudo que tinham sintomas sugestivos de TEPT, em seu modelo ajustado, foram mais de cinco vezes maiores ($OR = 5,11$) do que nas mulheres que não tinham sintomas sugestivos de TEPT.

Num estudo realizado com veteranos de guerra, o TEPT e outros distúrbios mentais foram preditores da TS, tanto em veteranos, quanto nos seus parceiros, sendo o risco de TS 13,8 vezes maior entre veteranos que tinham TEPT, comparado aos que não tinham. E seis

vezes maior nos seus parceiros ²¹. Na Irlanda do Norte uma pesquisa encontrou maiores razões de chances para TS em pessoas com algum transtorno mental. No entanto, as chances foram significativamente maiores para as pessoas com TEPT ⁷.

O TEPT, em diferentes aspectos, interfere na qualidade de vida do portador, tal como na de seus familiares. Isto é notório ao constatar o quanto, indivíduos com TEPT evitam realizar determinadas tarefas pelo temor constante e o quanto este temor e a sua condição patológica pode interferir na sua própria rotina e na de seus familiares.

A relação entre a TS e a religião nesse trabalho foi evidenciada de forma que, além da maior frequência de TS em mulheres que não eram adeptas a uma religião, houve também maiores chances dessas mulheres tentarem suicídio, (OR = 1,76), quando comparadas as mulheres que eram afiliadas a uma religião.

Na Ucrânia, um estudo avaliou o impacto complexo de fatores de risco e proteção na mortalidade por suicídio na população geral, e a religiosidade foi o fator de proteção mais fortemente associado à mortalidade por suicídio ²².

No Brasil, observou-se que a religiosidade foi associada com menos TS anteriores ²³.

No entanto, um estudo no Reino Unido, constatou que as pessoas que não tinham religião, registravam riscos de TS semelhantes aos outros que professavam ²⁴.

Considerando que a maioria dos estudos apoiam a hipótese de que as características psicológicas resilientes podem ser influenciadas pelos efeitos positivos da religiosidade, é necessário a observância da religiosidade na prática da saúde mental ²⁵.

A relação da TS com a renda do parceiro, mostrou nesse estudo que a prevalência da TS foi maior nas mulheres em que seus maridos não tinham renda.

Margis, (2003) associou a TS, as situações de crise econômica e o fracasso do homem como provedor da família²⁶.

O fato do parceiro não ter renda, poderia significar que a mulher teria que suprir o sustento do lar de alguma maneira. Podendo justificar a importância da renda para o empoderamento, a autoconfiança e uma postura ativa e dominante da mulher sobre o lar e indiretamente sobre o homem. Talvez a interpretação desse fato pelo homem, contribua para o aumento da VPI, pelo comportamento machista que o parceiro pode demonstrar, em não admitir tal posição social da mulher, direcionando a mesma, uma série de violências, que podem contribuir para o aparecimento de inúmeros transtornos mentais, entre eles o TEPT e a TS.

Historicamente, a mulher é objeto de preconceitos cristalizados em papéis decorrentes da cultura de dominação social, pautada no sistema patriarcal. Desse modo, por meio das

demonstrações de superioridade e poder construídas socialmente, assistimos ao surgimento das relações de VPI. A representação das mulheres sobre a TS encontra-se ancorada em histórias de vida permeada pela rejeição, pelo desamor, pelas situações sociais adversas, pela VPI, que pode levar a doença, sobretudo o TEPT.

Sentindo-se impotente diante da necessidade de mudança e libertação, as mulheres decidem pela morte, o que nos permite apreender que as histórias de violência vivenciadas em diversos momentos da vida conjugal desencadeiam problemas de âmbito emocional que culminam na decisão de interromper a própria vida²⁷.

Apesar de a VPI estar associada em outros estudos²⁸ à TS e muitos outros transtornos mentais, nesse estudo, não houve essa associação significativa. Porém pode ter sido uma das causadoras de sintomas relacionados ao TEPT nessas mulheres.

Quando se relaciona a TS e o casamento, Durkheim defende que o casamento é um fator de proteção contra o suicídio, pois dá um suporte emocional e social, além de ser um meio de manter uma integração com a comunidade evitando assim o isolamento social²⁹.

Porém nesse estudo, tentar pôr fim a própria vida aconteceu mais nas mulheres que foram casadas duas ou mais vezes, quando comparadas as mulheres que casaram apenas uma vez ou as que nunca casaram.

Esses dados refletem a importância de estudar grupos específicos na ocorrência da TS, pois a universalidade do gênero feminino estabelece a mulher como um grupo homogêneo, com interesses, perspectivas, objetivos e experiências similares.

A vulnerabilidade ao suicídio é marcante e o conhecimento dos fatores que influenciam essa prática é imprescindível para que meios efetivos de prevenção possam ser executados, além de servir como alerta aos profissionais de saúde para um atendimento mais eficiente a essa população.

Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de estratégias eficientes para pôr em prática a política brasileira, já existente há cerca de uma década, para prevenção do suicídio. O Ministério da Saúde instituiu em 2006 as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando estratégias de prevenção, como promoção da qualidade de vida, educação, proteção, prevenção de danos e recuperação da saúde³⁰.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz, J. J. (2012). Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014.
3. Hawton, Keith; Saunders, Kate EA; O'Connor, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet, v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, 2012.
4. LeBouthillier, D. M., McMillan, K. A., Thibodeau, M. A. and Asmundson, G. J. G. (2015), Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. J. Traum. Stress, 28: 183–190. doi: 10.1002/jts.22010).
5. American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
6. Sartor, C. E. et al. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. Psychological medicine, v. 41, n. 07, p. 1497-1505, 2011.
7. O'Neill S, Ferry F, Murphy S, Corry C, Bolton D, et al. (2014) Patterns of Suicidal Ideation and Behavior in Northern Ireland and Associations with Conflict Related Trauma. PLoS ONE 9(3): e91532. doi: 10.1371/journal.pone.0091532) (The psychology of suicidal behaviour).
8. Fonseca-Machado, Mariana de Oliveira. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
9. Teles M.A.A, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2012.

10. Makayoto, L. A., Omolo, J., Kamweya, A. M., Harder, V. S., & Mutai, J. (2013). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Maternal and child health journal*, 17(3), 441-447.
11. Silva, E.P; Ludermit, A.B; Araujo, T.V.B And Valongueiro, S.A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011.
12. Mozzambani, Adriana Cristine Fonseca, et al. "Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica." *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 33.1 (2011): 32-7.
13. Bruce, Steven E. et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, v. 3, n. 5, p. 211, 2001.
14. Ludermit, A.B; Valongueiro, S; Araujo, T.V.B de. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 29-35, Feb. 2014.
15. Schraiber LB, Latorre MRD, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4):658-66.
16. Ludermit, A.B., Lewis, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Germany, v. 40, n.8, p.622-627, 2005.
17. Santos, S. A.; Lovisi, G.; Legay, L.; Abelha, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.

18. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192.
19. Stevens D, Wilcox HC, MacKinnon DF, et al. Posttraumatic Stress Disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depression and anxiety*. 2013; 30(10):940-946. doi:10.1002/da.22160.
20. Ramberg, Maria, et al. "Depressed suicide attempters with posttraumatic stress disorder." *Archives of suicide research* 19.1 (2015): 48-59.
21. O'Toole, Brian I., et al. "Suicidality in Australian Vietnam veterans and their partners." *Journal of psychiatric research* 65 (2015): 30-36.
22. Yur'yev, Andriy, et al. "The complex impact of risk and protective factors on suicide mortality: a study of the Ukrainian general population." *Archives of suicide research* 19.2 (2015): 249-259.
23. Mosqueiro, Bruno Paz, Neusa Sica da Rocha, and Marcelo Pio de Almeida Fleck. "Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients." *Journal of affective disorders* 179 (2015): 128-133.
24. O'Reilly, Dermot, and Michael Rosato. "Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people." *The British Journal of Psychiatry* 206.6 (2015): 466-470.
25. Southwick SM, Charney D, Friedman MJ. Resilience and mental health: challenges across the lifespan. 2011.
26. Margis, Regina. "Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? Comorbidities in posttraumatic stress disorder: rule or exemption?." *Rev Bras Psiquiatr* 25.Supl I (2003): 17-20.

27. Correia, Cíntia Mesquita, et al. "Representações sobre suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo." (2014).
28. Yuodelis-Flores and Ries, 2015 C. Yuodelis-Flores, R.K. Ries Addiction and suicide: a review Am. J. Addict.: Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict., 24 (2) (2015), pp. 98–104.
29. Durkheim, É. O Suicídio. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
30. Brasil (2006). Ministério da Saúde. Organização PanmAmericana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental Brasília: Ministério da Saúde.

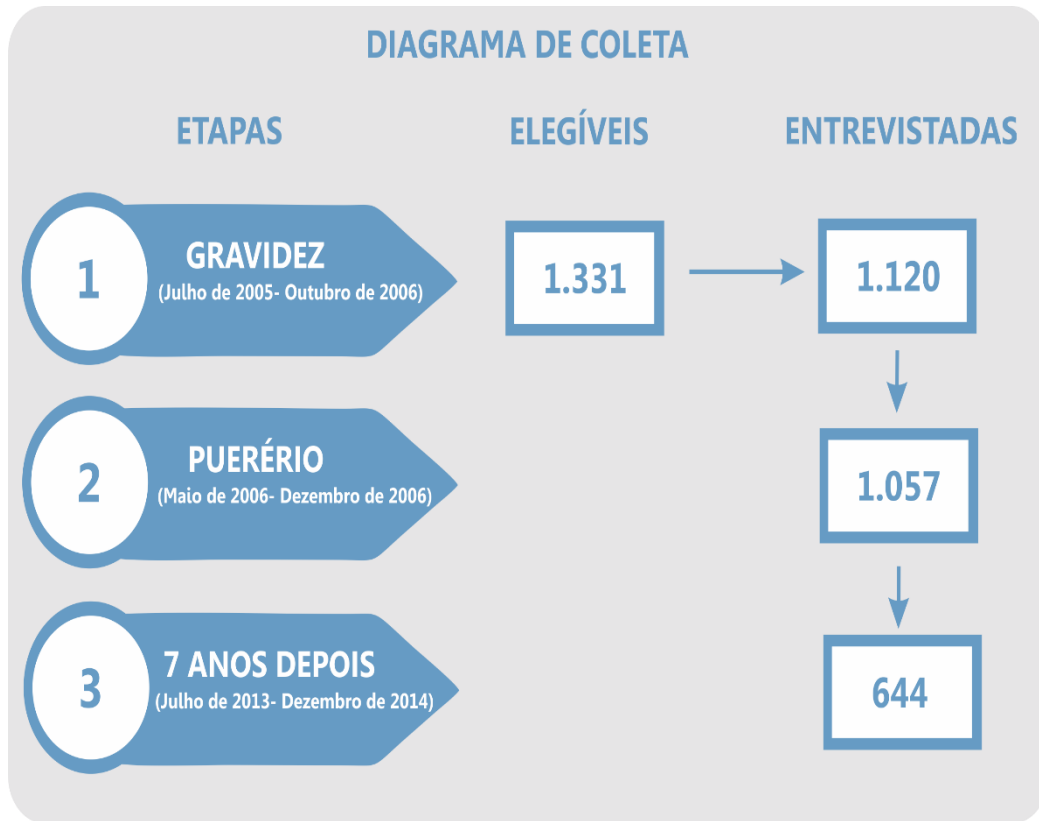


Figura 1. Diagrama de Coleta

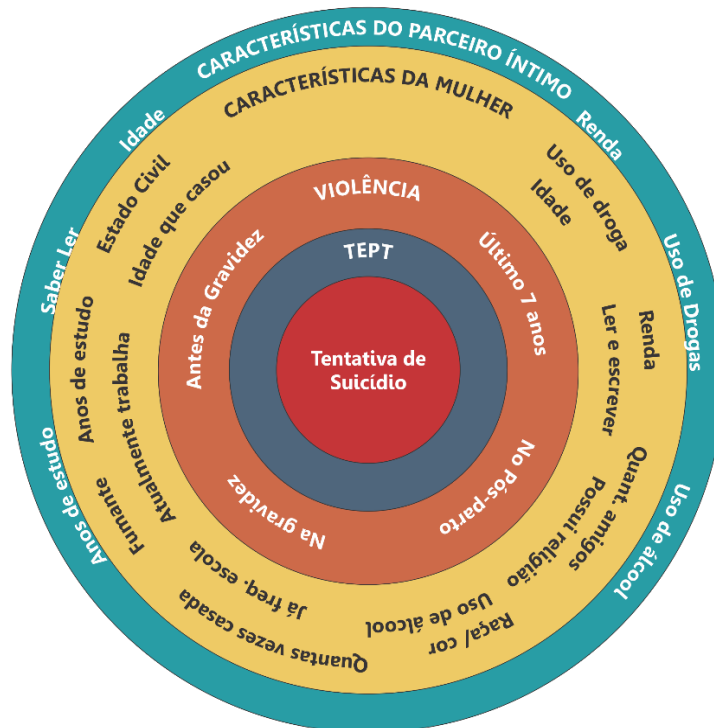


Figura 2. Modelo hierarquizado baseado em modelos teóricos para as variáveis explicativas da tentativa de suicídio.

Tabela 1. Associação e distribuição das características sociodemográficas, comportamentais e de morbidade com a Tentativa de Suicídio. Recife, PE, 2016.

Bloco 1		N (%)	Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N (%) Sim	N (%) Não	
Idade do Parceiro					
	Entre 20 e 30 anos	137 (22,1)	19 (13,7)	118 (86,3)	0,338
	Entre 31 e 59 anos	475 (76,3)	48 (10,1)	427 (89,9)	
	60 anos ou mais	10 (1,6)	2 (20)	8 (80)	
Parceiro Ler e Escrever					
	Sim	602 (95,1)	63 (10,5)	539 (89,5)	0,121
	Não	31 (4,9)	6 (19,4)	25 (80,6)	
Total de Anos de Estudo do Parceiro					
	De 0 a 4	56 (10,4)	6 (10,7)	50 (89,3)	0,787
	5 ou Mais	480 (89,6)	461 (9,6)	19 (90,4)	
Renda do Parceiro ^{a, b}					
	Nenhuma	23 (4,1)	4 (17,4) ^a	19 (82,6)	0,001
	Menos de 678	134 (23,9)	13 (9,7)	121 (90,3)	
	678 ou mais	404 (72,0)	42 (10,4)	362 (89,6)	
Uso de álcool pelo parceiro					
	Sim	428 (66,9)	52 (12,1)	376 (87,9)	0,163
	Não	212 (33,1)	18 (8,5)	194 (91,5)	
Uso de drogas pelo parceiro					
	Sim	35 (5,6)	3 (8,6)	32 (91,4)	0,682
	Não	585 (94,4)	63 (10,8)	522 (89,2)	
Bloco 2		N (%)	Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N (%) Sim	N (%) Não	
Idade da Mulher					
	De 20 a 30 anos	226 (35,2)	28 (12,4)	198 (87,6)	0,373
	De 31 a 59 anos	416 (64,8)	42 (10,1)	374 (89,9)	
Religião ^a					
	Sim	443 (68,8)	40 (9)	403 (91)	0,026
	Não	201 (31,2)	30 (14,9) ^a	171 (85,1)	

Bloco 2		N (%)	Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N (%) Sim	N (%) Não	
Raça-Cor					
	Branca	114 (17,7)	8 (7)	106 (93)	0,201
	Negra	509 (79,0)	61 (12)	448 (88)	
	Outras	21 (3,3)	1 (4,8)	20 (95,2)	
Ler e Escrever					
	Sim	602 (93,5)	57 (9,5)	545 (90,5)	0,772
	Não	42 (6,5)	5 (11)	37 (89)	
Total de Anos de Estudo					
	De 0 a 4 Anos	105 (16,3)	16 (15,2)	89 (84,8)	0,116
	5 Anos ou Mais	539 (83,7)	54 (10)	485 (90)	
Renda ^b					
	Nenhuma	54 (8,4)	5 (9,3)	49 (90,7)	0,921
	Menos de 678	375 (58,2)	41(10,9)	334 (89,1)	
	678 ou mais	215 (33,4)	24 (11,2)	191 (88,8)	
Inserção Produtiva					
	Sim	311 (48,3)	33 (10,6)	278 (89,9)	0,839
	Não	333 (51,7)	37 (11,1)	296 (88,9)	
Quantas vezes foi casada ^a					
	Nenhuma	33 (5,1)	3 (9,1)	30 (90,9)	0,004
	Apenas uma	360 (55,9)	27 (7,5)	333 (92,5)	
	Duas ou mais	251 (39,0)	40 (15,9) ^a	211 (84,1)	
Idade que Casou					
	Não Casou	34 (5,3)	4 (11,8)	30 (88,2)	0,289
	Entre 10 e 19 anos	360 (56,1)	45 (12,5)	315 (87,5)	
	Entre 20 e 59 anos	248 (38,6)	21 (8,5)	227 (91,5)	
Estado Civil					
	Não Casada	121 (18,8)	17 (14)	104 (86)	0,212
	Casada	523 (81,2)	53 (10,1)	470 (89,9)	

Bloco 2		N (%)	Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N (%) Sim	N (%) Não	
Quantidade de Amigos Íntimos					
	Nenhum	256 (39,9)	30 (11,7)	226 (88,3)	0,601
	Apenas 1	168 (26,2)	20 (11,9)	148 (88,1)	
	De 2 a 10	218 (34,0)	20 (9,2)	198 (90,8)	
Fumante					
	Sim	111 (17,2)	13 (11,7)	98 (88,3)	0,754
	Não	533 (82,8)	57 (10,7)	476 (89,3)	
Uso de álcool					
	Sim	274 (42,5)	35 (12,8)	239 (87,2)	0,182
	Não	370 (57,5)	35 (9,5)	335 (90,5)	

Bloco 3		N (%)	Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N(%) Sim	N(%) Não	
Violência Por Parceiro Íntimo Antes da Gravidez					
	Sim	207 (32,1)	25 (12,1)	182 (87,9)	0,498
	Não	437 (67,9)	45 (10,3)	392 (89,7)	
Violência Por Parceiro Íntimo na Gravidez					
	Sim	218 (33,9)	25 (11,5)	193 (88,5)	0,727
	Não	426 (66,1)	45 (10,6)	381 (89,4)	
Violência Por Parceiro Íntimo Pós-Parto					
	Sim	143 (22,2)	15 (10,5)	128 (89,5)	0,869
	Não	501 (77,8)	55 (11)	446 (89)	
Violência Por Parceiro Íntimo 7 anos após o Parto					
	Sim	213 (33,1)	26 (12,2)	187 (87,8)	0,443
	Não	431 (66,9)	44 (10,2)	387 (89,8)	

Bloco 4	N (%)		Tentativa de Suicídio		Valor-p
			N (%) Sim	N (%) Não	
Transtorno do Estresse Pós – Traumático (TEPT) ^a					
	Sim	103 (16,0)	29 (28,2) ^a	74 (71,8)	0,001
	Não	541(84,0)	41 (7,6)	500 (92,4)	
Total			70 (10,9)	574 (89,1)	

^a Na análise de resíduos do teste Qui-quadrado, ficou evidente que houve discrepância entre as frequências observadas e esperadas das variáveis, sendo assim, rejeitou-se a hipótese nula e aceitou-se a hipótese da dependência das variáveis com a presença de associação.

^b A variável Renda, se refere ao valor monetário em Reais, referente a um salário mínimo no Brasil, no ano de 2013.

Tabela 2. Tentativa de Suicídio em mulheres segundo estimativas do modelo univariado de regressão binomial para variáveis do nível contextuais (sociodemográficas, comportamentais e de morbidade). Recife, PE, 016.

Bloco 1		Modelo Simples		
	OR	IC95%	Valor-p	
Idade do parceiro				
Entre 10 e 30	0,63	0,12-3,21	0,581	
Entre 31 e 59	0,45	0,09-2,19	0,324	
60 ou mais	1,00	---	---	
Parceiro Ler e Escrever				
Sim	1,00	---	---	
Não	2,05	0,81-5,19	0,120	
Total de Anos de Estudo do Parceiro				
De 0 a 4 anos	1,13	0,46-2,78	0,787	
5 ou mais anos	1,00	---	---	
Renda do Parceiro ^b				
Nenhuma	1,81	0,59-5,58	0,299	
Menos de 678	0,92	0,48-1,78	0,818	
678 ou mais	1,00	---	---	

Bloco 2		Modelo Simples		
		OR	IC95%	Valor-p
Idade da Mulher				
	De 20 a 30 anos	1,25	0,75-2,09	0,374
	De 31 a 59 anos	1,00	---	---
Religião				
	Sim	1,00	---	---
	Não	1,76	1,06-2,93	0,027
Raça-Cor				
	Branca	1,00	---	---
	Negra	1,80	0,83-3,88	0,131
	Outras	0,66	0,07-5,59	0,705
Ler e Escrever				
	Sim	1,00	---	---
	Não	0,86	0,29-2,47	0,772
Total de Anos de Estudo				
	De 0 a 4 Anos	1,61	0,88-2,94	0,119
	5 Anos ou Mais	1,00	---	---
Renda ^b				
	Nenhuma	0,81	0,29-2,23	0,687
	Menos de 678	0,97	0,57-1,66	0,932
	Igual ou maior que 678	1,00	---	---
Inserção Produtiva				
	Sim	1,00	---	---
	Não	1,05	0,64-1,73	0,839
Quantas vezes foi casada				
	Nenhuma	1,00	---	---
	Apenas uma	0,81	0,23-2,83	0,742
	Duas ou mais	1,89	0,55-6,51	0,310
Idade que Casou				
	Não Casou	1,00	---	---
	Entre 10 e 19 anos	1,07	0,36-3,18	0,901
	Entre 20 e 59 anos	0,69	0,22-2,15	0,528

Bloco 2		OR	Modelo Simples	
			IC95%	Valor-p
Estado Civil				
	Não Casada	1,00	---	---
	Casada	0,69	0,38-1,24	0,214
Quantidade de Amigos Íntimos				
	Nenhum	1,31	0,72-2,38	0,370
	Apenas 1	1,33	0,69-2,57	0,384
	De 2 a 10	1,00	---	---
Fumante				
	Sim	1,10	0,58-2,10	0,750
	Não	1,00	---	---
Usa Álcool				
	Sim	1,40	0,85-2,30	0,183
	Não	1,00	---	---

Bloco 3		OR	Modelo Simples	
			IC95%	Valor-p
Violência Por Parceiro Íntimo Antes da Gravidez				
	Sim	1,19	0,71-2,01	0,498
	Não	1,00	---	---
Violência Por Parceiro Íntimo na Gravidez				
	Sim	1,09	0,653 - 1,84	0,727
	Não	1,00	---	---
Violência Por Parceiro Íntimo Pós-Parto				
	Sim	0,95	0,52-1,73	0,869
	Não	1,00	---	---
Violência Por Parceiro Íntimo 7 anos após o Parto				
	Sim	1,22	0,73-2,04	0,444
	Não	1,00	---	---

Bloco 4		Modelo Simples		
		OR	IC95%	Valor-p
Transtorno do Estresse Pós – Traumático (TEPT)				
	Sim	4,77	2,80-8,15	<0,001
	Não	1,00	---	---

^b A variável Renda, se refere ao valor monetário em Reais, referente a um salário mínimo no Brasil, no ano de 2013.

Tabela 3. Tentativa de Suicídio em mulheres segundo estimativas do modelo multinível hierárquico múltiplo de regressão binomial Recife, PE, 2016.

		Modelo Múltiplo		
		OR ^c	IC95%	Valor-p
Religião				
	Sim	1,00	---	---
	Não	1,76	1,06-2,93	0,027
		Modelo Múltiplo		
		OR ^c	IC95%	Valor-p
Transtorno do Estresse Pós – Traumático (TEPT)				
	Sim	5,11	2,97-8,79	<0,001
	Não	1,00	---	---

^c Ajustado pelas variáveis com P<0,05.

5. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

A partir dos resultados deste estudo foi possível caracterizar alguns aspectos específicos relacionados à tentativa de suicídio entre mulheres na população avaliada. Verificou-se que a maioria das mulheres que tentou o suicídio não era afiliada à religião, foram casadas mais de duas vezes, seus companheiros não tinham renda e principalmente, as mulheres tinham transtorno de estresse pós-traumático. O TEPT mostrou enorme relevância na associação com a tentativa de suicídio. Nessa população o TEPT foi o principal fator desencadeador da tentativa de suicídio.

Esses dados refletem a importância de estudar grupos específicos na ocorrência da tentativa de suicídio, pois muitas mulheres têm interesses, perspectivas, objetivos e experiências similares. A vulnerabilidade ao suicídio é marcante e o conhecimento dos fatores que influenciam essa prática é imprescindível para que meios efetivos de prevenção possam ser executados, além de servir como alerta aos profissionais de saúde para um atendimento mais eficiente a essa população.

As histórias de rejeição, negligência, violência, e inúmeros traumas vivenciados durante a infância, bem como os conflitos vivenciados na vida adulta, permitem evidenciar o adoecimento mental dessas mulheres, estado que culmina nas tentativas de suicídio. É de se considerar, portanto, a associação entre todos esses traumas no decorrer da vida dessas mulheres, levando a transtornos mentais como o TEPT, podendo culminar com a tentativa de suicídio.

Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias eficientes para pôr em prática com efetividade, a política já existente no Brasil há cerca de uma década para prevenção do suicídio. O Ministério da Saúde do Brasil (MS) instituiu em 2006 as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando estratégias de prevenção, como promoção da qualidade de vida, educação, proteção, prevenção de danos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

O documento ministerial reconhece a importância das intervenções nos casos de tentativas ao valorizar os processos de organização de redes de atenção aos que tentam suicídio; o desenvolvimento de medidas de coleta e análise de dados que possibilitem a disseminação de informações e conhecimentos, valorizando a importância de promover a educação permanente, os princípios da integralidade e da humanização, para os profissionais da saúde, especialmente os que atuam na atenção básica.

O MS também implantou a Rede de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de estruturar a vigilância das violências, inclusive as

tentativas de suicídios e conhecer a magnitude e a gravidade dos eventos que, mesmo não resultando em mortes ou internações, são responsáveis por grandes consequências sociais e demandas de atendimento ambulatoriais e de emergência,

Essas estratégias precisam ser direcionadas sobretudo em sistemas de saúde locais, como o acolhimento e escuta dessas mulheres, partindo de uma visão integral da mulher e do conhecimento dos fatores que levam elas a esses atos extremos. Assim, se estará auxiliando na recuperação de sua autoestima e superação do evento estressor, além de garantir legitimidade e visibilidade desse problema, muitas vezes invisíveis aos olhos da sociedade e da própria família.

REFERÊNCIAS

- ACKERSON, L. K.; KAWACHI, I.; BARBEAU, E. M.; & SUBRAMANIAN, S. V. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3), 507.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais: DSM-III. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- ARAÚJO, C.; LACERDA A.; BRESSAN, E. A. Achados de Neuro imagem no TEPT. (2005).
- BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS.
- BRENNER, C. Noções básicas de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
- BRUCE, STEVEN E. et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, v. 3, n. 5, p. 211, 2001.

CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N.; & TURECKI, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr.*, 31(1), 18-25.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Várias autoras, *Perspectivas Antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1985.

CECCON, R. F. et al . Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 2225-2234, July 2014.

CORCORAN, C. B.; GREEN, B. L.; GOODMAN, L. A.; & KRINSLEY, K. E. (2000). Conceptual and methodological issues in trauma history assessment.

CORREIA, C. M. et al. "Representações sobre suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo." (2014).

DURKHEIM, E. O Suicídio. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

ERICHSEN F. E. On railway and other injuries of nervous system. Londres: Walton & Moberly; 1866.

FACUNDES V. L. D & LUDERMIR A. B. Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27(3): 194-200.

FIRST, M. B. (2010. Paradigm shifts and the development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Past experiences and future aspirations. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 692- 700.)

FONSECA-MACHADO, M. D. O. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969-1980. V.17.

GROTE, NANCY K. et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, v. 67, n. 10, p. 1012-1024, 2010.

GUIMARÃES, F. " Mas ele diz que me ama-": impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. 2010.

HARDING, T. W; ARANGO, M. V; BALTAZAR, J; CLIMENT, C. E; IBRAHIM, H. H. A; LADRIDO-IGNACIO, L; SRINIVASA MURTHY, R; WIG, N. N. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241.

HATZENBERGER, R. et al. Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, v. 15, n. 2, p. 94-110, 2010.

HAWTON, K; SAUNDERS, K. E. A; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, 2012.

HOWARD, L. M.; ORAM, S.; GALLEY, H.; TREVILLION, K. & FEDER, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis.

HUANG, H. et al. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Archives of women's mental health*, v. 15, n. 2, p. 135-138, 2012.

KAPLAN H. I; SADOCK B. J; GREBB, J. Á. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7º ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

KRUG, E. G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.;

KESSLER, R. C; BORGES, B. W; WALTERS, E. E. Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-26.

LAMPRECHT, F.; SACK, M. Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosom Med.* 2002; 64:222-37

LeBOUTHILLIER, D. M.; McMILLAN, K. A.; THIBODEAU, M. A. and ASMUNDSON, G. J. G. (2015), Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *J. Traum. Stress*, 28: 183–190. doi: 10.1002/jts.22010).

LILLY, M. M. E GRAHAM-BERMANN, S. A. (2009). Ethnicity and Risk for Symptoms of Posttraumatic Stress Following Intimate Partner Violence *Journal of Interpersonal Violence*. University of Michigan, 24(1), 3-19.)

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Germany, v. 40, n.8, p.622-627, 2005.

LUDERMIR, A. B; VALONGUEIRO, S; ARAUJO, T. V. B. de. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 29-35, Feb. 2014 .

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S. A.; DE ARAÚJO, T. V. B.; & ARAYA, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376(9744), 903-910.

MAHENGE, B. et al. Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 120, n. 8, p. 940-947, 2013.

MAKAYOTO, L. A.; OMOLO, J.; KAMWEYA, A. M.; HARDER, V. S.; & MUTAI, J. (2013). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Maternal and child health journal*, 17(3), 441-447.

MARGIS, R. "Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? Comorbidities in posttraumatic stress disorder: rule or exemption?." *Rev Bras Psiquiatr* 25.Supl I (2003): 17-20.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Disease*. 1986; 39:371-8.

MATHIAS, A. K. R. A.; BEDONE, A. J.; OSIS, M. J. D.; FERNANDES, A. M. S. 2013. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(4):185-191.

MAURI, M. et al. SUICIDALITY in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Archives of women's mental health*, v. 15, n. 1, p. 39-47, 2012.

McEWEN S. B. Mood disorder and allostatic load. *Biol Psychiatry*. 2003; 200-7

McFARLANE, J. et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, v. 105, n. 1, p. 99-108, 2005.

MOSQUEIRO, B. P.; NEUSA S. D. R.; and MARCELO, P. D. A. F. "Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients." *Journal of affective disorders* 179 (2015): 128-133.

MOZZAMBANI, A. C. F. et al. "Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica." *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 33.1 (2011): 32-7.

NAGERA, H. *Metapsicologia: conflitos ansiedades e outros temas*. São Paulo: Cultrix; 1981.

NOCK, M. K.; BORGES, G.; ONO, Y. *Suicide: global perspectives from the who world mental health surveys*. Cambridge University Press, 2012.

NOCK, M. K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, v. 192, n. 2, p. 98-105, 2008.

O'CONNOR, R. C.; NOCK, M. K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, v. 1, n. 1, p. 73-85, 2014.

O'NEILL, S.; FERRY, F.; MURPHY, S.; CORRY, C.; BOLTON, D. et al. (2014) Patterns of Suicidal Ideation and Behavior in Northern Ireland and Associations with Conflict Related Trauma. *PLoS ONE* 9(3): e91532. doi: 10.1371/journal.pone.0091532) (The psychology of suicidal behaviour)

ONOYE, J. M. et al. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Archives of women's mental health*, v. 16, n. 6, p. 453-463, 2013.

OPPENHEIM, A. *Die traumatischen Neurosen*. Berlin: Hirschwald; 1889.

O'REILLY, D.; and MICHAEL, R. "Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people." *The British Journal of Psychiatry* 206.6 (2015): 466-470.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

O'TOOLE, B. I.; et al. "Suicidality in Australian Vietnam veterans and their partners." *Journal of psychiatric research* 65 (2015): 30-36.

PICO-ALFONSO, M. A. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 29, n. 1, p. 181-193, 2005.

PINTO, P. A. *Dicionário de termos médicos*. Rio de Janeiro: Ed. Científica; 1962.

QUARANTINI, L. C.; NETTO, R.; ANDRADE-NASCIMENTO, M.; GALVÃO, A. A.; SAMPAIO, A. S.; MIRANDA-SCIPPA, A.; BRESSAN, R. A.; & KOENEN, K. C. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno de

estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (suppl.2). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a05>.

RAMBERG, M. et al. "Depressed suicide attempters with posttraumatic stress disorder." *Archives of suicide research* 19.1 (2015): 48-59.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife*. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

RECIFE. Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Aprovado na 7a Conferência Municipal de Saúde). Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS; 2006

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.

SANTOS, E. F. Avaliação da magnitude do transtorno de estresse em vítimas de sequestro. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo; 2006.

SARTOR, C. E. et al. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychological medicine*, v. 41, n. 07, p. 1497-1505, 2011.

SBARDELLOTO, G.; et al . Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba , v. 16, n. 1, Apr. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; LATORRE, M. R. D.; FRANÇA-JUNIOR, I.; SEGRI, N. J.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4):658-66.

SHAMU, S.; ABRAHAMS, N.; TEMMERMAN, M.; MUSEKIWA, A.; & ZAROWSKY, C. (2011). A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PloS one*, 6(3), e17591.

SCHESTATSKY, S.; SHANSIS, F.; CEITLIN, L. H.; ABREU, P. B. S.; & HAUCK, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.

SCHIRALDI, G. R. (2009). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. 2 ed. New York: Mc Graw Hill.

SCHNEIDERMAN, N.; IRONSON, G.; SIEGEL, S. D. (2005). STRESS AND HEALTH: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141

SELYE, H. *The stress of life*. New York: Mc Graw – Hill; 1976.

SENG, J. S. et al. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstetrics and gynecology*, v. 114, n. 4, p. 839, 2009.

SILVA, E. P.; LUDERMIR, A. B.; ARAUJO, T. V. B.; and VALONGUEIRO, S. A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011.

SOUTHWICK, S. M.; CHARNEY, D.; FRIEDMAN, M. J. *Resilience and mental health: challenges across the lifespan*. 2011.

STEIN, D. J.; et al. Traumatic Events and Suicidal Behavior. *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*, p. 131, 2012.

STEVENS, D.; WILCOX, H. C.; MACKINNON, D. F. et al. Posttraumatic Stress Disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depression and anxiety*. 2013; 30(10):940-946. doi:10.1002/da.22160.

TELES, M. A. A.; MELO, M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2012

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. 2011. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 45(4):730-737.

YUODELIS-FLORES AND RIES, 2015 C. YUODELIS-FLORES, R. K. Ries Addiction and suicide: a review *Am. J. Addict.: Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict.*, 24 (2) (2015), pp. 98–104.

YUR'YEV, A. et al. "The complex impact of risk and protective factors on suicide mortality: a study of the Ukrainian general population." *Archives of suicide research* 19.2 (2015): 249-259.

WASELFISZ, J. J. (2012). Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo.

WANGEL, A. et al. Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, v. 91, n. 12, p. 1395-1401, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)

Convido a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 6 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**



Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

Nome e Assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF	[] []			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA	[] [] [] []			
MUDOU DE ENDEREÇO	[] SIM [] NÃO			
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA				DIA [] []
NOME DA ENTREVISTADORA				MÊS [] []
RESULTADO***				ANO [2] [0] [1] []
				ENTREVISTADORA []
				RESULTADO [] []
PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL				NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
Questionário completado?	*** CODIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se.....01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____			⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06			⇒ Retornar

DATA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][1][]

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]	
		Minutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?	_____	
102	Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora? <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NUMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[][]	
103	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunjhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
104	Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____ (nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00. Não ⇒ passe para Q.107 01. Sim	

105	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteadada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
106	Quanto tempo _____ (nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
107	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe	
108	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é: <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC. NO Nº 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder	
109	Quantos cômodos tem a sua casa?	Nº DE COMODOS [] []	
110	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar? <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____	
111	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder	

112	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NAO TEM LUZ ELETRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder																							
113	Nesta casa existem quantos destes itens?	<input type="checkbox"/> TELEVISÃO COLORIDA <input type="checkbox"/> VIDEO-CASSETE E/OU DVD <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL DE PASSEIO <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> ASPIRADOR DE PÓ <input type="checkbox"/> MÁQUINA DE LAVAR ROUPA <input type="checkbox"/> GELADEIRA <input type="checkbox"/> FREEZER <input type="checkbox"/> COMPUTADOR <input type="checkbox"/> BANHEIRO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NAO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NAO	SIM	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01
NAO	SIM																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:	<input type="checkbox"/> EMPREGADA DIARISTA <input type="checkbox"/> EMPREGADA MENSALISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NAO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NAO	SIM	00	01	00	01																
NAO	SIM																								
00	01																								
00	01																								
115	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:	<input type="checkbox"/> TERRENO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> EMPRESA OU NEGÓCIO <input type="checkbox"/> TERRA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NAO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NAO	SIM	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01										
NAO	SIM																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
00	01																								
116	Nas últimas 4 semanas alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual?	a) 00. NÃO 01. SIM b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável																							
117	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [] [] Mês [] [] Ano [] [] [] Não sabe o ano 9999																							
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] []																							
119	Em que religião você foi criada?	00. NAO TEM RELIGIAO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPIRITA 04. UMBANDA / CANDOMBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar)																							

120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOMBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável	
121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	Nº DE VEZES [] [] Não aplicável '88'	
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
123	Você tem livros em casa?	00. Não 01. Sim	
124	Você sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.126 01. Sim	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim	
126	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passe para Q.129 01. Sim	
127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. (CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).	01. Ensino Infantil 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [] [] 88. Não aplicável 99. Não sabe	
129	Você tem alguma fonte de renda? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: 08. Não 89. Não quis responder	
130	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais	

131	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ passe para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passe para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passe para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passe para Q.133 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
132	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
133	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [] [] ⇒ 00 passe para Q.135 Não aplicável '88'	
134	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) [] [] Não aplicável '88'	
135	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro? (MARQUE NO BOX B)	00. NÃO ESTA CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: 89. Não quis responder	
136	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
137	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
138	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
CASO A MULHER NUNCA TENHA SIDO CASADA OU TENHA VIVIDO JUNTO COM UM COMPANHEIRO DO SEXO MASCULINO ⇒ PASSE PARA A QUESTÃO 141			
139	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA ⇒ passe para Q.142 88. Não aplicável (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)	

140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. VOCE NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCE NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCE ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCE 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCE E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCE SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCE SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.147	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [][] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
147	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.151	

148	O que você bebe ou bebia mais? (APENAS UMA RESPOSTA)	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
149	Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
150	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia[][] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
151	Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?	00. Nunca usou ⇒ passe para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passe para a SEÇÃO 2	
152	Qual tipo de droga você usa ou usou? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLO 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
153	Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

SEÇÃO 2 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE		
<p>ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 2 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B).</p> <p>Com companheiro nos últimos 7 anos: Sim [] ou Não [].</p> <p>Caso a entrevistada não tenha tido marido / companheiro / namorado ⇒ passe para a seção 3.</p> <p>PARCEIRO ATUAL – é o marido / companheiro / namorado que está atualmente com a mulher.</p> <p>PARCEIRO MAIS RECENTE – é o último marido / companheiro / namorado que a mulher se relacionou nos últimos 7 anos e que agora está sem ninguém.</p> <p>EX-PARCEIRO – se a mulher tem um marido / companheiro / namorado atual, o ex-parceiro é qualquer outro dos últimos 7 anos. Se a mulher está sem ninguém, ex-parceiro é qualquer outro que não seja o mais recente.</p> <p>Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.</p>		
201	Há quanto tempo você está / esteve com o seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado?	<p>Nº DE ANOS [][]</p> <p>OU</p> <p>Nº DE MESES [][]</p> <p>OU</p> <p>Nº DE DIAS [][]</p>
202	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?	<p>01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA</p> <p>02. NA CASA DE AMIGOS</p> <p>03. NO TRABALHO</p> <p>04. VIZINHANÇA</p> <p>05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA</p> <p>06. FESTA / BAR / RESTAURANTE</p> <p>07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA)</p> <p>08. OUTRO: _____</p> <p>88. Não aplicável</p> <p>89. Não quis responder</p>
203	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	<p>ANOS [][]</p> <p>Não Sabe '99'</p>
204	Em que ano ele nasceu? Explore: Você sabe o mês de aniversário dele?	<p>Mês [][] ANO [][][]</p> <p>Não Sabe. '99' '9999'</p>
205	Ele sabe ler e escrever?	<p>00. Não ⇒ passe para Q.207</p> <p>01. Sim</p> <p>99. Não Sabe ⇒ passe para Q.207</p>
206	Qual o último grau e série que ele completou na escola? (MARQUE O GRAU MAIS ALTO)	<p>01. Ensino Infantil _____</p> <p>02. Ensino Fundamental _____</p> <p>03. Ensino Médio _____</p> <p>04. Ensino Técnico _____</p> <p>05. Universitário Incompleto _____</p> <p>06. Universitário Completo _____</p> <p>Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][]</p> <p>88. Não aplicável</p> <p>99. Não sabe</p>
207	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?	<p>01. BRANCA</p> <p>02. PRETA</p> <p>03. PARDA</p> <p>04. AMARELA</p> <p>05. INDÍGENA</p> <p>99. Não sabe</p>

208	Atualmente seu marido / companheiro / namorado está? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês ele estava empregado.....?)	01. EMPREGADO ⇒ passe para Q.210 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] dias ⇒ passe para Q.210 04. EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA ⇒ passe para Q.210 05. EMPREGADOR 06. APOSENTADO ⇒ passe para Q.210 07. DESEMPREGADO 08. SEM OCUPAÇÃO 09. ESTUDANTE ⇒ passe para Q.210 10. FAZENDO BISCAITE (BICO) 11. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
209	Quando ele saiu do seu último emprego? (PARA O PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE)	01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES 04. NUNCA TEVE EMPREGO 88. Não aplicável 99. Não sabe	
210	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia? (ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).		
211	Qual a renda mensal do seu marido / companheiro?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais 88. Não aplicável 99. Não sabe	
212	Seu marido / companheiro fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.214 01. Sim, fuma. 02. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.214	
213	Quantos cigarros seu marido / companheiro costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [] Não quis responder89 Não sabe.....99 Não aplicável.....88	
214	Seu marido / companheiro bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.218 01. Sim, bebe 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.218	
215	Com que frequência seu marido / companheiro bebe / bebia bebidas alcoólicas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

216	Nos últimos 12 meses de seu atual relacionamento, quantas vezes você tem visto / viu seu marido / companheiro bêbado? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE): Durante o relacionamento de vocês, quantas vezes você via seu marido / companheiro bêbado?	00. NUNCA 01. QUASE TODOS OS DIAS 02. SEMANALMENTE 03. UMA VEZ POR MÊS 04. MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS 99. Não sabe	
217	Nos últimos 12 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE): Durante o relacionamento de vocês, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?	<div style="text-align: right;">NAO SIM</div> 01. PROBLEMAS COM DINHEIRO 00 01 02. PROBLEMAS FAMILIARES 00 01 03. OUTROS: _____ 00 01 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
218	Seu marido / companheiro usa / já usou drogas?	00. Nunca usou ⇒ passe para Q.220 01. Sim, usa 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder 99. Não sabe	
219	Com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE): Durante o relacionamento de vocês, com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
220	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	00. Não ⇒ Passe para Q.222 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.222	
221	Nos últimos doze meses de relacionamento, isto nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes, ou muitas vezes?	00. NUNCA 01. UMA OU DUAS VEZES 02. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 03. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 99. Não sabe	
222	O seu marido / companheiro teve outras mulheres durante o relacionamento com você?	00. Não ⇒ Passe para Q.224 01. Sim 02. Suspeita que sim, mas não tem certeza ⇒ Passe para Q.224 99. Não sabe ⇒ passe para Q.224	
223	O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	00. Não 01. Sim 02. Pode ser 88. Não aplicável 99. Não sabe	
224	Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluisse sexo?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 3 01. Sim 89. Não quis responder	
225	Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?	00. Ele não soube 01. Sim, ele soube 02. Acho que ele sabe, mas não tenho certeza 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

SEÇÃO 3 – APOIO SOCIAL							
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	
301	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05	
300	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05	
303	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05	
304	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05	
305	Que demonstre amor e afeto por você ?	01	02	03	04	05	
306	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05	
307	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05	
308	Para ouvi-la, quando você precisar falar?	01	02	03	04	05	
309	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas ?	01	02	03	04	05	
310	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05	
311	Que compreenda seus problemas ?	01	02	03	04	05	
312	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05	
313	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação ?	01	02	03	04	05	
314	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05	
315	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05	
316	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05	
317	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05	
318	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05	
319	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05	

320	<p>Você acha que tem recebido o apoio emocional que você precisa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, de quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.321 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.321</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
321	<p>Alguém tem lhe ajudado com as atividades da casa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.322 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.322</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
322	<p>Alguém tem lhe ajudado a cuidar de _____ (nome da criança)?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.323 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.323</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
323	<p>Quantos amigos íntimos você tem?</p> <p><i>(EXCLUIR FAMILIARES COM LAÇOS DE SANGUE)</i></p>	Número de amigos [] []	
<p align="center">ATENÇÃO: CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B) ANTES DE FAZER A PRÓXIMA PERGUNTA</p>			
324	<p>Você está feliz com o seu casamento / relacionamento atual?</p>	<p>00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	

NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCE ESTÁ ENFRENTANDO ALGUM PROBLEMA ESTRESSANTE DO TIPO:			
325	Problemas financeiros	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
326	Problemas conjugais	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
327	Recente perda de contato com familiares e / ou amigos	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
328	Morte na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
329	Doença séria na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
330	Mudança de casa / residência	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
331	Perda de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
332	Mudança de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
333	PARA AS QUE TEM MARIDO / COMPANHEIRO Desemprego do marido / companheiro	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
334	Algum outro problema?	00. Não 01. Sim (especifique:) 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

SEÇÃO 4 – SENTIMENTOS DA MÃE			
Por favor nos diga como você tem se sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje			
401	Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:	01. COMO SEMPRE FEZ 02. NÃO TANTO QUANTO ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM	
402	Você sente prazer quando pensa no que vai acontecer em seu dia-dia:	01. COMO SEMPRE SENTIU 02. TALVEZ MENOS DO QUE ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM	
403	Você tem se sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, NENHUMA VEZ	
404	Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:	01. NÃO, DE MANEIRA ALGUMA 02. POUQUÍSSIMAS VEZES 03. SIM, ALGUMAS VEZES 04. SIM, MUITAS VEZES	
405	Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	01. SIM, MUITAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. SIM, POCAS VEZES 04. NENHUMA VEZ	
406	Você tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 02. SIM, ALGUMAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COMO ANTES 03. NÃO, NA MAIORIA DAS VEZES CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 04. NÃO, NÃO CONSEGUE LIDAR COM ELES TÃO BEM QUANTO ANTES.	
407	Você tem se sentido tão infeliz que teve dificuldade de dormir:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM	
408	Você tem se sentido triste ou arrasada:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM	
409	Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:	01. SIM, QUASE TODO O TEMPO 02. SIM, MUITAS VEZES 03. DE VEZ EM QUANDO 04. NÃO, NENHUMA VEZ	
410	A ideia de fazer mal a você mesma passou por sua cabeça:	01. SIM, MUITAS VEZES ÚLTIMAMENTE 02. ALGUMAS VEZES NOS ÚLTIMOS DIAS 03. POUQUÍSSIMAS VEZES, ÚLTIMAMENTE 04. NENHUMA VEZ	

SEÇÃO 5 – SAÚDE MENTAL (SRQ -20)										
As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas <u>últimas 4 semanas</u> . Se você teve problemas nas <u>últimas 4 semanas</u> , responda SIM. Se não, responda NÃO.										
501							NAO	SIM		
	a) Tem dores de cabeça frequentes?				a) Dor de cabeça	00	01			
	b) Tem falta de apetite?				b) Falta de apetite	00	01			
	c) Dorme mal?				c) Dorme mal	00	01			
	d) Assusta-se com facilidade?				d) Assusta-se	00	01			
	e) Tem tremores nas mãos?				e) Mãos trêmulas	00	01			
	f) Sente-se nervosa, tensa, preocupada?				f) Nervosa	00	01			
	g) Tem má digestão?				g) Má digestão	00	01			
	h) Tem dificuldade em pensar com clareza?				h) Dificuldade em pensar	00	01			
	i) Tem se sentido triste ultimamente?				i) Triste	00	01			
	j) Tem chorado mais que de costume?				j) Chora muito	00	01			
	k) Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?				k) Dificuldades Atividades diárias	00	01			
	l) Tem dificuldade para tomar decisões?				l) Dificuldade decisões	00	01			
	m) Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?				m) Dificuldade serviço	00	01			
	n) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?				n) Sem papel útil	00	01			
	o) Tem perdido o interesse pelas coisas?				o) Sem interesse	00	01			
	p) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?				p) Inútil / Tudo o que faz dá errado	00	01			
	q) Tem tido a ideia de acabar com a vida?				q) Por fim à vida	00	01			
	r) Sente-se cansada o tempo todo?				r) Sente-se cansada	00	01			
	s) Tem sensações desagradáveis no estômago?				s) Problemas Estomacais	00	01			
	t) Você se cansa com facilidade?				t) Cansaço	00	01			
502	Já tentou por fim à sua vida?				00. Não 01. Sim					
503	Alguém na sua família já teve doença dos nervos?				00. Não ⇒ passe para Q.505 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.505 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.505					
504	a) Quem?	b) Qual? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>								
		01. Ansiedade	02. Depressão	03. Depressão pós-parto	04. Alcoolismo	05. Esquizofrenia	06. Outras	88. Não se aplica	99. Não sabe	
	1. PAI									
	2. IRMAO									
	3. MAE									
	4. IRMA									
	5. OUTRO									
505	E você, tem ou já teve doença de nervos?				00. Não ⇒ passe para Q.511 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.511					

506	Quando isso aconteceu pela primeira vez, aproximadamente, quantos anos você tinha?	01. MENOS DE 10 ANOS 02. ENTRE 10 E 19 ANOS 03. 20 ANOS OU MAIS 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
507	Qual a doenças de nervos, que você tem ou já teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras:..... 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
508	Durante essa(s) doença(s), você foi atendida por alguém?	00. Não ⇒ passe para Q.510 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
509	Quem foi a pessoa que a atendeu? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. MÉDICO 02. PSICÓLOGO 03. FARMACEUTICO 04. CURANDEIRO 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
510	Alguma vez você ? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
511	Alguma vez em que você esteve <u>grávida</u> , você teve depressão ou alguma outra doença de nervos?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
512	Qual foi o problema que você teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
513	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
514	Qual o tratamento que você fez? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

515	Alguma vez você teve depressão ou alguma outra doença dos nervos, <u>depois do parto</u> ?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 6 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
516	Qual foi o problema que você teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Psicose 04. Esquizofrenia 05. Outra _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
517	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.519 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
518	Qual o tratamento que você fez? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. ESTEVE INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
519	Em que momento do pós-parto começou? <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATÉ 7 DIAS 02. DE 8 A 42 DIAS 03. DE 43 A 90 DIAS 04. ACIMA DE 3 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
520	Quanto tempo durou? <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATÉ 1 MES 02. DE 2 A 4 MESES 03. ACIMA DE 4 ATÉ 6 MESES 04. ACIMA DE 6 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodada por estes problemas durante o último mês.

SEÇÃO 6 TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO		Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito	
601	Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
602	Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
603	De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5	
604	Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
605	Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
606	Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5	
607	Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
608	Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
609	Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5	
610	Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5	
611	Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	
612	Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5	
613	Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5	
614	Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5	
615	Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5	
616	Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5	
617	Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5	

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS E NOS ÚLTIMOS 12 MESES E OUTROS AGRESSORES			
ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA (BOX B)			
Agora vamos conversar sobre seu companheiro			
Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?			
701	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro conversam sobre os seguintes assuntos?	NÃO	SIM
	a) COISAS QUE ACONTECEM COM ELE DURANTE O DIA	00	01
	b) COISAS QUE ACONTECEM COM VOCÊ DURANTE O DIA	00	01
	c) SUAS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS	00	01
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE	00	01
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	01. RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) 02. ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes / mês) 03. FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes / semana)	
703	Há algumas situações que ocorrem para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido / companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:	NÃO	SIM
	a) TENTA EVITAR QUE VOCÊ VISITE / VEJA SEUS AMIGOS.	00	01
	b) PROCURA RESTRINGIR O SEU CONTATO COM SUA FAMÍLIA.	00	01
	c) INSISTE EM SABER ONDE VOCÊ ESTÁ O TEMPO TODO.	00	01
	d) A IGNORA E A TRATA COM INDIFERENÇA.	00	01
	e) FICA ZANGADO SE VOCÊ CONVERSA COM OUTRO HOMEM.	00	01
	f) ESTÁ FREQUENTEMENTE SUSPEITANDO QUE VOCÊ É INFIEL.	00	01
	g) ESPERA QUE VOCÊ PEÇA PERMISSÃO A ELE ANTES DE PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA VOCÊ MESMA.	00	01
	h) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE TRABALHAR.	-	-
	i) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE ESTUDAR.	00	01

704 – Abuso PSICOLÓGICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita, quebra coisas)?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

705 - Abuso PSICOLÓGICO cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.												
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, passe p/ B. Se não, para C	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?	D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?					
	Quem fez isso com você?	Uma	Poucas	Muitas	NA	SE SIM, quem fez isso com você?	Uma	Poucas	Muitas	NA		
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88		
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88		
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88		
4. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88		

707 (CONTINUAÇÃO)														
Nos últimos 12 meses, <u>outra pessoa que não seja</u> o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				
	Quem fez isso com você?	Uma	Poucas	Muitas	NA	SE SIM, quem fez isso com você?				Uma	Poucas	Muitas	NA	
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88

708 - Abuso SEXUAL cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.

Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

709 - Abuso SEXUAL cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.

Nos últimos 12 meses, <u>outra</u> pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos? SE SIM, quem fez isso com você?				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				
	Quem fez isso com você?	Uma	Poucas	Muitas	NA					Uma	Poucas	Muitas	NA	
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88

CASO A ENTREVISTADA NÃO TENHA RELATOS DE VIOLÊNCIA PASSE PARA Q.711		
710	O pai de _____ (nome da criança) foi o causador de alguma(s) dessa(s) situação(ões) vivenciada(s) por você?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
711	Nos últimos 7 anos, você agrediu fisicamente o pai de _____ (nome da criança), sem ser para se defender?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 8 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
712	Você diria que isto aconteceu:	01. 1 OU 2 VEZES 02. ALGUMAS VEZES 03. MUITAS VEZES 89. Não quis responder 88. Não aplicável
713	Que situações levam / levaram você a agredir fisicamente o pai de _____ (nome da criança)? <u>EXPLORE</u> : alguma outra situação? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Sem motivo 02. Quando embriagada 03. Quando ele chega embriagado 04. Problemas com dinheiro 05. Dificuldades no trabalho 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: 89. Não quis responder 88. Não aplicável

SEÇÃO 8 – IMPACTO E ENFRENTAMENTO		
	Agora eu gostaria de fazer perguntas sobre o que geralmente acontece / acontecia quando seu marido / companheiro é / era violento. Caso tenha relatado mais que um parceiro violento, acrescentar que as questões (Q.705, Q.707 e Q.709) referem-se ao ÚLTIMO ou MAIS RECENTE PARCEIRO ou EX-PARCEIRO ou qualquer outro homem que tenha cometido violência contra ela.	
801	Existem situações particulares que costumam levar seu companheiro à violência? <u>EXPLORE</u> : alguma outra situação? (ASSINALE TODAS AS QUE FOREM MENCIONADAS).	01. Sem motivos 02. Quando bêbado 03. Problemas com dinheiro 04. Dificuldades no trabalho 05. Quando desempregado 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: _____
802	Durante ou depois do episódio de violência física, ele costuma / costumava forçar você a fazer sexo? Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?	01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO

803	<p>Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?</p> <p>Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?</p>	<p>01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO</p>	
804	<p>Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente seu marido / companheiro quando ele não estava batendo em você ou agredindo você fisicamente?</p> <p>Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes?</p>	<p>01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO</p>	
805	<p>Você diria que a violência do seu marido / companheiro contra você afetou / está afetando sua saúde física ou mental?</p> <p>EXPLORE: afetou sua saúde um pouco ou muito?</p>	<p>01. NÃO AFETOU 02. UM POUCO 03. MUITO</p>	
806	<p>De que forma a violência prejudicou seu emprego ou outras atividades geradoras de renda?</p> <p>(ACEITA MAIS DE UMA RESPOSTA)</p>	<p>01. NÃO TEM TRABALHO REMUNERADO 02. NÃO PREJUDICOU 03. PARCEIRO INTERROMPEU O TRABALHO 04. INCAPAZ DE CONCENTRAR-SE 05. INCAPAZ DE TRABALHAR / AFASTAMENTO MÉDICO 06. PERDEU A CONFIANÇA EM SUA CAPACIDADE 07. OUTRAS: _____</p>	
807	<p>Com quem você conversou sobre a violência sofrida?</p> <p>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p>	<p>01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____</p>	
808	<p>Alguém já tentou ajudá-la?</p> <p>Se SIM, quem?</p> <p>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p>	<p>01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____</p>	

809	<p>A) Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda?</p> <p><i>(LEIA E ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS).</i></p> <p>01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO 05. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 06. SERVIÇOS SOCIAIS 07. ABRIGO 08. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME) 09. LÍDER LOCAL 10. PADRE / LÍDER RELIGIOSO 11. MAIS ALGUM LUGAR? ONDE? _____</p>	<p><u>SIM</u></p> <p>01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01</p>	<p><u>NÃO</u></p> <p>00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00</p>	<p>B) Foi atendida?</p> <p><u>SIM</u> <u>NÃO</u></p> <p>01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00 01 00</p>	
810	<p>O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?</p> <p>01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>01. NOTIFICAÇÃO DA SUA DENÚNCIA 02. SOLICITAÇÃO DE EXAME MÉDICO LEGAL 03. MEDIDAS DE AMPARO (ida para abrigo) 04. NOTIFICAÇÃO DE COMPARECIMENTO DO HOMEM NUMA DELEGACIA 05. ABERTURA DE PROCESSO CONTRA O HOMEM 06. AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO 07. PUNIÇÃO PARA O HOMEM (como prisão) 08. NADA FOI RESOLVIDO 09. OUTRA:..... 89. Não quis responder</p>			
811	<p>O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?</p> <p>01. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 02. SERVIÇOS SOCIAIS 03. ABRIGO 04. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME)</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>01. ATENDIMENTO POR MÉDICO 02. ATENDIMENTO POR ENFERMEIRO 03. ATENDIMENTO POR PSICÓLOGO 04. ATENDIMENTO POR ASSISTENTE SOCIAL 05. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS 06. INTERNAMENTO 07. PROCEDIMENTO DE SUTURAS, COLOCAÇÃO DE GESSO 08. PREENCHIMENTO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO 09. NÃO FALOU SOBRE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA 10. OUTRO:..... 89. Não quis responder</p>			
812	<p>O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo?</p> <p>01. LÍDER LOCAL 02. PADRE / LÍDER RELIGIOSO</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>01. ACONSELHAMENTO PARA PROCURAR SEUS DIREITOS 02. ACONSELHAMENTO PARA TER PACIÊNCIA, SE CONFORMAR E TER ESPERANÇA NA MUDANÇA DO PARCEIRO 03. OUTRO:..... 89. Não quis responder</p>			

813	Você gostaria de receber ajuda de mais alguém? De quem? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Ninguém mencionado 01. Família 02. Mãe dela 03. Mãe dele 04. Centro de Saúde 05. Polícia 06. Padre / líder religioso 07. Outra: _____	
814	Você já saiu sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência? Se SIM, quantas vezes?	NUMERO DE VEZES [][] NUNCA '00' ⇒ passe para SEÇÃO 9	
815	O que a fez ir embora da <u>última</u> vez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	00. Nenhum incidente particular 01. Encorajada por amigos / família 02. Não aguentava mais 03. Muito machucada / medo que ele a matasse 04. Ele ameaçou ou tentou matá-la 05. Ele ameaçou ou bateu nos filhos 06. Viu que os filhos estavam sofrendo 07. foi colocada para fora de casa 08. Teve medo que pudesse matá-lo 09. Encorajada por alguma instituição / organização _____ 10. Outra: _____ 88. Não aplicável	
816	Por que você voltou para ele? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Não queria deixar as crianças 02. Pelo bem da família / dos filhos 03. Não poderia sustentar os filhos 04. Amava o marido / companheiro 05. Ele pediu para que ela voltasse 06. A família pediu para que ela voltasse 07. Ela o perdoou / achou que ele iria mudar 08. Ele ameaçou a ela / filhos 09. Não poderia permanecer onde ela / estava / não tinha para onde ir 11. Outro: _____ 88. Não aplicável	

ANEXO A



ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Categorias de artigos
- Dados de identificação do manuscrito
- Conflito de Interesses
- Declaração de Documentos
- Preparo do Manuscrito
- Processo Editorial
- Taxa de Publicação
- Suplementos

CATEGORIAS DE ARTIGOS

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em

minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: até 30 no total.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)

Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.

Número de referências: até 5 no total.

Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos

consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: sem limites.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de referências: até 30 no total.

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Dados de Identificação do Manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique,

anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. <u>Carta de Apresentação</u>	Todos os autores	Na submissão
b. <u>Declaração de responsabilidade</u>	Todos os autores	Na submissão
c. <u>Responsabilidade pelos Agradecimentos</u>	Autor responsável	Após a aprovação
d. <u>Transferência de Direitos Autorais</u>	Todos os autores	Após a aprovação

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.

Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.

Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.

Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.

Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou key words) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

ESTRUTURA DO TEXTO

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

REFERÊNCIAS

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

EXEMPLOS:

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

LIVROS

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

CITAÇÃO NO TEXTO

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

EXEMPLOS:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

TABELAS

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

FIGURAS

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte

inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

CHECKLIST PARA SUBMISSÃO

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

PROCESSO EDITORIAL

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita

comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (rolling pass). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de janeiro de 2017, o valor da taxa será de 2.200,00 para artigo original, revisão e comentário, e de 1.500,00 para comunicação breve.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Suplementos

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia]_ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, *Revista de Saúde Pública*

Submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título]_____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

nome completo do autor 1 + assinatura

nome completo do autor 2 + assinatura

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____
DATA

NOME COMPLETO E ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura