



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Marcela de Freitas Ferreira

Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas?

Rio de Janeiro

2013

Marcela de Freitas Ferreira

Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas?

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F383 Ferreira, Marcela de Freitas.

Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas ? / Marcela de Freitas Ferreira. - 2013.
97 f.

Orientadora: Claudia Leite Moraes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Violências conjugal - Teses. 2. Violências contra mulher - Teses. 3. Mulheres - Saúde e higiene - Teses. Nutrição e saúde públicas. - Teses. I. Moraes, Claudia Leite. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-055.2

Autorizo, apenas fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marcela de Freitas Ferreira

**Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre
mulheres adultas?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 28 de Fevereiro de 2013.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Rosely Sichieri
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria de Jesus Mendes da Fonseca
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida e por ter colocado pessoas maravilhosas no meu caminho.

Aos meus pais, Lino e Ana, pelas orações e pelos exemplos de caráter, fé, perseverança, carinho, amor, dedicação e pelo suporte emocional e financeiro, sem vocês não teria alcançado esta etapa. Ao meu pai, pelo exemplo de sabedoria, garra, profissional, professor e pesquisador no qual me inspiro todos os dias.

Ao meu marido, Raphael, por estar do meu lado em todos os momentos, pelo carinho, amor, companheirismo e amizade.

A professora Claudia Leite Moraes, pela orientação tão atenciosa, tão dedicada e tão competente.

Ao professor Michael Reichenheim, orientador de todos nós, por todas as ideias, críticas e sugestões.

A professora Rosana Salles-Costa, pela atenção e paciência em esclarecer as minhas milhares de dúvidas sobre o SANDUC. A Marina, pelo suporte e por responder tão prontamente meus e-mails.

A professora Rosely Sichieri, pelas brilhantes contribuições e por tornar tão claras as dúvidas antes tão obscuras que surgiram durante a condução deste trabalho.

Ao professor Guilherme Werneck, pelas brilhantes contribuições na banca de qualificação desta dissertação.

Aos professores convidados para constituir a banca examinadora desta dissertação, Rosely Sichieri, Maria de Jesus Mendes da Fonseca, Claudia Leite Moraes, Michael Reichenheim, José Uereles Braga, Claudia Lopes e Rosana Salles-Costa.

A coordenação e equipe do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA - Brasil/Centro de Investigação Rio de Janeiro), que me acolheu tão gentilmente e intensificou o interesse em estudar epidemiologia.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Rafael, pelo carinho, torcida e pelas conversas mesmo que na internet me fizeram sentir um pouquinho mais perto de casa.

Aos meus familiares, amigos e amigas, pelo carinho, pela torcida e pela compreensão por não estar presente em momentos importantes.

As minhas grandes amigas: Lalá, Mayla, Laurinha, Carol, Dani e Claudinha pela amizade e longas conversas no celular.

A Amanda, pelo incentivo em sair da “Terra do Nunca” (Viçosa) em busca do meu amor e das minhas ambições profissionais. Pela acolhida e pelas palavras de aconchego nos momentos mais difíceis de adaptação.

A Manu, pela amizade, por me apresentar ao PIEVF e pela parceria que certamente dará bons frutos.

Ao Cadu e Thais, pela gentileza em que muitas vezes me salvaram das artimanhas e armadilhas do processamento de dados no R.

A todos os colegas e amigos do PIEVF pelo suporte e amizade: Aline, Alice, Cadu, Manu, Tatiana Tavares, Tatiana Henriques, Patrícia, Luana, Paula, Yara e Rosana.

A todas as colegas e amigas que colocaram a mão na massa comigo durante o mestrado. Pelos momentos de estudo e descontração nos grupos de estudo, regado a chocolate e paçoquinha: Thais, Deborah Araújo, Debora Santos, Juliana, Patricia e Luana.

Aos colegas, professores e funcionários do IMS.

A CAPES, pela bolsa de estudos durante o último ano do curso.

A todas as mulheres que participaram deste estudo.

“A violência mais destrutiva não quebra ossos, ‘quebra’ mentes. A violência emocional não resulta em morte do corpo, resulta em morte da alma”.

Bruce D. Perry

RESUMO

FERREIRA, Marcela de Freitas. *Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas?* 2013. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O objetivo principal desta Dissertação foi avaliar as relações entre a Violência Física entre Parceiros Íntimos (VFPI) e o estado nutricional em mulheres adultas. As informações que subjazem a pesquisa originaram-se de um inquérito domiciliar realizado no Distrito de Campos Elíseos, Município de Duque da Caxias, entre abril e novembro de 2010. A população de estudo foi selecionada por meio de amostragem por conglomerados em três estágios (setor censitário, domicílio, indivíduo) com técnicas de amostragem inversa para a seleção dos domicílios. A amostra incluiu 625 mulheres com idade entre 20 e 59 anos, em que no período da entrevista relataram possuir algum relacionamento amoroso nos últimos 12 meses e apresentaram critérios elegíveis para a realização da antropometria. As informações foram obtidas por meio de entrevista com mulher utilizando-se um questionário estruturado, contendo escalas previamente validadas, como a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para a mensuração da VFPI e também por meio da aferição do peso e estatura para o cálculo do IMC (kg/m^2). Os resultados da dissertação são apresentados no artigo intitulado “Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas?”. As análises sugerem que amostra estudada seja representativa de uma população de baixa/média renda. A prevalência de sobrepeso foi de 36,5% [IC95%: 30,9-42,1%], de obesidade 29,9% [IC95%: 23,3-36,4%] e 27,1% [IC95%: 19,6-34,7%] das mulheres relataram alguma forma de VFPI. Refutando a hipótese central desta dissertação, após o controle das variáveis escolaridade da mulher, idade, cor da pele, estado civil, gravidez anterior, mal uso de álcool pelo companheiro e apoio social, a ocorrência de VFPI reduziu a probabilidade de sobrepeso (OR: 0,54; p-valor 0,093) e obesidade (OR: 0,35; p-valor 0,001), indicando que há uma tendência ao menor peso entre as mulheres que referiram a VFPI nos últimos doze meses. Estes resultados corroboram estudos anteriores que afirmam que tanto a violência entre parceiros íntimos, como o excesso de peso, são importantes problemas de saúde pública no Brasil, merecendo ser prontamente enfrentados. Os achados sobre as repercussões da VFPI no estado nutricional obtidos nesta pesquisa vão na mesma direção de duas pesquisas que estudaram as consequências do abuso físico na Índia, mas divergem dos encontrados no Egito e nos EUA que não encontraram esta associação. Em função da falta de consenso entre os achados e do reduzido número de estudos sobre o tema, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas.

Palavras-chave: Violência doméstica. Violência entre parceiros íntimos. Estado nutricional. Saúde da mulher. Prevalência. Inquéritos de saúde.

ABSTRACT

The main objective of this thesis was to evaluate the relationship between Intimate Partner Physical Violence (IPPV) and the nutritional status in adult women. The information underlying the research originated from a household survey conducted in the District of Campos Elíseos, in the city of Duque de Caxias, between April and November 2010. The study population was selected using cluster sampling in three stages (census tract, household, individual) with inverse sampling techniques to the selection of households. The sample included 625 women aged 20 to 59 years, in which the period of the interview reported having a romantic relationship in the past 12 months and had eligibility criteria for the execution of anthropometry. Information was obtained interviewing the women through a structured questionnaire containing previously validated scales such as the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) to measure the IPPV, and also measuring their weight and height to calculate the BMI (kg/m²). The results of the thesis are presented in the article titled "Intimate Partner Physical Violence: a risk factor for overweight among adult women?". The analyzes indicate that the profile of the study population suggests that the sample is representative of a population of low/middle income countries. The prevalence of overweight was 36.5% [IC95%: 30,9-42,1%], 29.9% [IC95%: 23,3-36,4%] of obesity and 27.1% [IC95%: 19,6-34,7%] of women reported some form of IPPV. Refuting the central hypothesis of this thesis, after controlling for women's education, age, race, marital status, pregnancy, alcohol misuse by the partner and social support, the occurrence of VFPI reduced the likelihood of overweight (OR: 0,54, p-value 0,093) and obesity (OR: 0,35, p-value 0,001), indicating that there is a tendency to lower weight among women who reported IPPV the past twelve months. These results corroborate previous studies that claim that both intimate partner violence, as excess weight, are important public health problems in Brazil, deserving to be promptly addressed. The findings on the effects of VFPI on nutritional status obtained in this study are going in the same direction from two survey that studied the effects of physical abuse in India, but differ from those found by the authors in Egypt and in the USA that have not found this association. Due to the lack of consensus between the findings and the small number of studies on the subject, it is suggested that further research be conducted.

Keywords: Domestic violence. Intimate partner violence. Nutritional status. Women's health. Prevalence. Health surveys.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual das relações entre violência física entre parceiros íntimos e o estado nutricional em mulheres	38
Figura 2 – Descrição da população de estudo	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Descrição da população de estudo. Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).....	57
Tabela 2 –	Análise bivariada entre o desfecho (estado nutricional) e demais variáveis do modelo teórico conceitual. Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).....	59
Tabela 3 –	Análise logística multivariada entre a violência física entre parceiros íntimos e o estado nutricional das mulheres de Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
CAGE	Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener
CC	Circunferência da Cintura
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CTS2	Revised Conflict Tactics Scales
DPPs	Domicílios Particulares Permanentes
EDHS	Egypt Demographic and Health Survey
ELANA	Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes
ENCE	Escola Nacional de Ciências Estatísticas
Endef	Estudo Nacional da Despesa Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IMS	Instituto de Medicina Social
MOS	Medical Outcomes Study
MS	Ministério da Saúde
MTC	Modelo Teórico-Conceitual
NPHS	National Population Health Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TCR	Transferência Condicionada de Renda
VF	Violência Familiar
VFPI	Violência Física entre Parceiros Íntimos
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 A violência no contexto da saúde pública	17
1.2 Considerações conceituais, magnitude, fatores de risco e consequências da Violência entre Parceiros Íntimos na saúde da mulher	18
1.2.1 <u>Caracterização e magnitude da violência entre parceiros íntimos</u>	18
1.2.2 <u>Fatores de risco para a ocorrência da Violência entre Parceiros Íntimos</u>	20
1.2.3 <u>Consequências da violência entre parceiros íntimos na saúde da mulher</u>	23
1.3. Caracterização e determinantes do sobrepeso e obesidade na saúde as mulheres	24
1.3.1 <u>Sobrepeso e obesidade em mulheres adultas: um problema de saúde pública</u> ...	24
1.3.2 <u>Consequências do sobrepeso e da obesidade a saúde da mulher</u>	27
1.4 Possíveis relações entre a violência entre parceiros íntimos e sobrepeso/obesidade em mulheres	28
2 JUSTIFICATIVA	31
3 OBJETIVOS	32
3.1 Geral	32
3.2 Específicos	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 Materiais e métodos referentes ao estudo principal	33
4.1.1 <u>Local do estudo</u>	33
4.1.2. <u>Desenho do estudo e critérios de seleção da população de estudo</u>	34
4.1.3 <u>Coleta e processamento dos dados</u>	36
4.1.4 <u>Aspectos éticos</u>	37
4.2 Materiais e métodos referentes ao estudo atual	37
4.2.1 <u>Modelo teórico</u>	37
4.2.2 <u>Variáveis independentes e instrumentos de aferição</u>	39
4.2.2.1 Violência física entre parceiros íntimos: exposição de interesse central	39
4.2.2.2 Características socioeconômicas	41
4.2.2.3 Características demográficas	42

4.2.2.4	Características reprodutivas	42
4.2.2.5	Apoio Social	43
4.2.2.6	Mal uso de álcool	43
4.2.3	<u>Variável dependente</u>	44
4.2.3.1	Estado nutricional	44
4.2.4	<u>População para este estudo</u>	45
4.5.5	<u>Análise dos dados</u>	46
5	ARTIGO CIENTÍFICO	48
5.1	Resumo	48
5.2	Introdução	49
5.3	Métodos	51
5.3.1	<u>Desenho e população de estudo</u>	51
5.3.2	<u>Coleta de dados</u>	53
5.3.3	<u>Modelo teórico conceitual e operacionalização das variáveis</u>	53
5.3.4	<u>Análise de dados</u>	55
5.3.5	<u>Questões éticas</u>	56
5.4	Resultados	56
5.5	Discussão	63
5.6	Conclusão	67
5.7	Referências	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	Anexo A – Termo de consentimento	83
	Anexo B – Questionário	86

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação se insere no estudo "*Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas, no período de 2005 a 2009/2010, em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*", coordenado pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ em parceria com o Instituto de Medicina Social da UERJ, a Faculdade de Nutrição da UFF e a Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE. Seu objetivo primário consistiu em avaliar as prevalências e as características da situação de insegurança alimentar das famílias residentes na área metropolitana do Rio de Janeiro e suas associações com o consumo dietético e a antropometria em diferentes faixas de idade, após quatro anos de implantação de programas de Transferência Condicionada de Renda (TCR) no município de Duque de Caxias, utilizando como base o 2º distrito, denominado Campos Elíseos. Neste estudo, abordamos a prevalência da violência física entre parceiros íntimos (VFPI) nesta população e suas possíveis repercussões no estado nutricional da mulher.

Entre os pesquisadores da UERJ que participaram deste estudo, dois deles coordenam o Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF). Este é sediado no Instituto de Medicina Social (IMS). As principais atividades de pesquisa do PIEVF abordam seis vertentes: (1) avaliações de magnitude e caracterização da violência familiar em populações; (2) violência familiar no âmbito dos serviços de saúde; (3) fatores de propensão à violência familiar; (4) estudo das consequências da violência familiar na saúde; (5) desenvolvimento, avaliação e adaptação transcultural de instrumentos de aferição relacionados à violência familiar e domínios afins; (6) desenvolvimento de programas computacionais e aplicação de métodos estatísticos e epidemiológicos especiais.

O interesse no tema decorreu da crescente prevalência do sobrepeso e obesidade na população brasileira, sem que se compreenda totalmente a influência de fatores psicossociais nesses processos. As altas prevalências do excesso de peso levam a que o traço predominante na caracterização da transição nutricional no Brasil seja, sem dúvida, a emergência do sobrepeso e, particularmente, da obesidade, como evento de maior visibilidade epidemiológica e de implicações correlatas com o comportamento da morbimortalidade (Batista Filho et al., 2007). Os dados provenientes de inquéritos nacionais realizados no período de 1974 a 2009 revelaram a evolução da obesidade na população adulta brasileira e seu impacto nos segmentos menos favorecidos, com destaque para as mulheres (IBGE, 2010a). A insuficiência dos modelos explicativos tradicionais, restritos aos aspectos

biomédicos e nutricionais *strictu-sensu* nos levam a pensar se questões do âmbito psicossocial não poderiam participar do processo que leva ao excesso de peso. Neste campo, a pesquisa ainda engatinha. Como será visto ao longo da Dissertação, poucos estudos se debruçaram sobre o tema e, entre estes, não há consenso.

Dentre os possíveis fatores psicossociais que poderiam estar envolvidos com o ganho de peso, destacam-se aqueles que levam ao estresse crônico. Considerando os vários estudos que abordam as consequências da Violência entre Parceiros Íntimos, esta passa a ser vista como um possível fator desencadeante ou perpetuador do excesso de peso. A prevalência do problema é elevada em todo o mundo. A primeira pesquisa brasileira em larga escala realizada em dezesseis capitais estimou uma prevalência de 78,3%, 21,5%, 12,9% de situações de agressões psicológicas, abusos físicos menores e abusos físicos graves entre o casal nos últimos doze meses, respectivamente (Reichenheim et al., 2006). Os resultados do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* sobre a prevalência da violência entre parceiros íntimos contra mulheres no Brasil, mostram que 27,2% e 33,7% das mulheres da cidade de São Paulo e da Zona da Mata de Pernambuco relataram ter sido vítima de violência física ao longo da vida, respectivamente (Schraiber et al., 2007).

Em 2010, pela primeira vez, os dados provenientes das notificações compulsórias de violência doméstica, sexual e outras violências de todo o Brasil foram divulgados na série Saúde Brasil, que mostrou que as mulheres, crianças e adolescentes eram as principais vítimas considerando as notificações provenientes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (Brasil, 2011). Esses dados revelam que a violência ocorre predominantemente no ambiente domiciliar, perpetrada por pessoas próximas do convívio familiar e cônjuges.

Esses quadros indicam que tanto violência quanto o sobrepeso/obesidade são problemas de difícil enfrentamento, sendo considerados como obstáculos a serem vencidos pelos profissionais da saúde e pela forma de organização das redes de atenção integral.

Esta dissertação pretende dar continuidade às investigações já realizadas no PIEVF sobre as repercussões da violência familiar na saúde, explorando um tema novo, qual seja, as possíveis relações entre a VPI e o sobrepeso/obesidade em mulheres. Como será exposto mais adiante, em função das limitações impostas pelo desenho do estudo de fundo e dada a escassez de estudos sobre o tema, pretende-se fazer uma análise exploratória do problema, entendendo-se que este é o primeiro passo para a construção de uma linha de investigação sobre o assunto no Brasil.

A Dissertação está organizada em oito seções. A primeira (Introdução) apresenta a revisão bibliográfica sobre o tema e está organizada em subseções, iniciando-se pela

contextualização da violência no âmbito da saúde pública (subseção 1.1). Seguindo no campo da violência, a subseção seguinte (1.2) aborda as considerações conceituais, magnitude, fatores de risco e consequências da Violência entre Parceiros Íntimos na saúde da mulher. Já a subseção 1.3 aborda a caracterização e determinantes do sobrepeso e da obesidade em mulheres. A quarta e última subseção (1.4) faz uma breve revisão das evidências que existem até o momento sobre a relação da VPI e o estado nutricional.

A segunda seção oferece as justificativas para a realização deste estudo. Em seguida são apresentados os objetivos geral e específicos (seção 3). A quarta seção descreve os métodos que serão utilizados para alcançar os objetivos propostos. Esta é dividida em uma seção que aborda os materiais e métodos referente ao estudo principal e outra que se concentra nos aspectos referentes ao estudo atual. Na seção seguinte (seção 5), apresenta-se o artigo científico, principal produto da Dissertação.

Em seguida são apresentadas algumas considerações finais (seção 6), as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração da dissertação (seção 7) e os anexos (seção 8).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A violência no contexto da saúde pública

A violência, em suas diferentes expressões, é um dos principais problemas sociais e de saúde pública em âmbito mundial. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano mais de 1,6 milhões de pessoas no mundo morrem em decorrência deste problema. Além disso, muito mais pessoas estão feridas e sofrem uma série de consequências físicas, sexuais e problemas de saúde reprodutiva e mental (Krug et al., 2002).

No Brasil as violências e os acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, configuram um novo perfil no quadro dos problemas de saúde, em que se ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade. A violência representa a sexta maior causa de internações hospitalares e ocupa a terceira posição das causas de mortalidade (Brasil, 2005; Reichenheim et al., 2011).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violência implicam em altos custos emocionais, físicos e sociais. Trazem prejuízos econômicos decorrente dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos, além dos gastos com aparatos de segurança pública (Brasil, 2005).

As consequências da violência no sistema de saúde, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com os atendimentos nos setores de emergência e reabilitação, em geral muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (Brasil, 2005).

No Brasil a proporção de internações por causas externas (violências e acidentes) apresentou aumento progressivo (7,7% das internações no SUS em 2000 para 10,4% em 2010), enquanto as internações por doenças cardiovasculares mantiveram-se constantes e as hospitalizações por doenças do aparelho respiratório apresentaram redução no mesmo período. Em 2010, foram autorizadas 929.893 internações hospitalares por causas externas nos serviços financiados pelo SUS, sendo a taxa de internação hospitalar de 48,5 por 10 mil habitantes. No conjunto das capitais brasileiras incluindo o Distrito Federal, foram hospitalizados 217.451 pacientes em decorrência de causas externas, correspondendo a um montante de R\$ 247,5 milhões de gastos com estas internações, resultando em um custo

médio de R\$ 1.138,13 por paciente internado (Brasil, 2011). No ano de 2005 cálculos estimaram que cerca de 3,3% do PIB brasileiro foram gastos com os custos diretos da violência, cifra que subiu para 10,5% quando incluíram custos indiretos e transferências de recursos (Brasil, 2005).

Entretanto, estas estimativas revelam apenas uma parte do problema, já que grande parte dos atos de violência é cometida no âmbito das famílias e, por isso, amplamente sub-registrada. Segundo o Ministério da Saúde (MS), esta faceta das violências deve ser denominada Violência Familiar (VF), que é definida como *“toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra”* (Brasil, 2002). A VF tem como suas principais vítimas mulheres, crianças, adolescentes, idosos e deficientes físicos (Brasil, 2002; Krug et al., 2002; Brasil, 2005).

Como será visto na próxima seção, uma das formas de violência muitas vezes incluída nas definições de VF é a Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), que abarca apenas a violência entre indivíduos que tenham uma relação amorosa/íntima. Com fatores de risco e consequências específicas para a saúde de suas vítimas, cada vez mais o problema tem chamado a atenção do setor Saúde, merecendo lugar de destaque na agenda de políticas públicas e nas discussões de instituições não governamentais.

1.2 Considerações conceituais, magnitude, fatores de risco e consequências da violência entre parceiros íntimos na saúde da mulher

1.2.1 Caracterização e magnitude da violência entre parceiros íntimos

Sendo uma das formas de Violência Familiar (VF), a Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 como *“qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte de uma relação íntima e incluem atos de agressão física, abuso psicológico, coerção*

sexual e comportamentos controladores” (Krug et al., 2002). Já o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), com o objetivo de padronizar a definição da situação nos diversos estudos sobre o tema recomenda a utilização do termo VPI para fazer referência à violência que ocorre entre pessoas que mantêm relacionamentos íntimos, formais ou não, heterossexuais ou do mesmo sexo, quer sejam namorados, casados, separados, divorciados ou vivam em regime de união civil estável. Refere-se a um padrão de comportamento coercitivo, a fim de exercer controle e poder de um parceiro sobre o outro, por meio de intimidações, atitudes hostis e lesivas, que incluem abuso ou ameaças de abuso psicológico, físico e sexual (Saltzman et al., 2002).

Os termos abusos ou maus-tratos também são utilizados para designar as formas de expressão da violência. Abuso físico significa o uso de força física que pode produzir injúria, ferida, dor ou incapacidade; abuso psicológico se refere às agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social; e abuso sexual diz respeito ao ato ou jogo sexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e às práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (Brasil, 2001).

Diferentes modalidades ou expressões de VPI coexistem em um mesmo relacionamento. Diversos estudos têm mostrado que a violência física normalmente é acompanhada por violência psicológica e, em um terço a mais da metade dos casos, por violência sexual (Krug et al., 2002).

A violência entre o casal pode ser perpetrada tanto pelo homem quanto pela mulher. No entanto, vários estudos têm mostrado que as mulheres são mais frequentemente perpetradoras, porém elas estão em clara desvantagem nas situações em que elas são as vítimas. (Morse, 1995; Hamberger, 2005; Reichenheim et al., 2006; Swan et al., 2008; Robertson & Murachver, 2011). Desta forma, a maior parte dos estudos sobre o tema tem focalizado a violência do homem contra a mulher sob a ótica da violência de gênero. Tal opção metodológica se manifesta nos estudos epidemiológicos, clínicos e sociológicos, bem como nas ações de ordem política ou social que visam à redução do problema (Garcia-Moreno, 2002; Krug et al., 2002; Ruiz-Perez et al., 2007; Schraiber et al., 2007).

Estudos estimam que cerca de um a dois terços de todas as mulheres estarão expostas à VPI em algum momento de suas vidas, sendo o problema responsável por um de cada cinco dias de vida saudáveis perdidos entre as mulheres com idade reprodutiva (Campbell, 2002; Garcia-Moreno, 2002; Gunter, 2007). Dessa forma, representa um obstáculo ao desenvolvimento econômico e social, uma vez que ao explorar a energia feminina diminui sua

confiança e compromete sua saúde, privando a sociedade da participação plena das mulheres (Heise et al., 2002; Goodman, 2006; Ruiz-Perez et al., 2007).

No Brasil, as estatísticas de mortalidade que coloca o país na 7ª posição na classificação mundial de homicídio de mulheres (Waiselfisz, 2012). Os dados de morbidade corroboram este quadro alarmante. A primeira pesquisa brasileira de âmbito nacional que teve como foco as estratégias utilizadas pelos casais para resolver os conflitos que emergem no cotidiano nos doze meses anteriores à entrevista, estimou uma prevalência de 78,3%, 21,5%, 12,9% de situações de agressões psicológicas, abusos físicos menores e abusos físicos graves entre o casal, respectivamente (Reichenheim et al., 2006).

Neste mesmo estudo, a prevalência em doze meses de qualquer tipo de abuso físico contra a mulher foi 14,3%. Esta prevalência foi muito superior às médias estimadas na América do Norte (2%), moderadamente superior às da Europa (8%) e às da África Subsaariana (9%), e próxima às relatadas na Ásia e Oceania (12%). Por outro lado, a prevalência agregada (16 cidades) ficou abaixo da média relatada na África do Norte e Oriente Médio (33%). A prevalência geral foi também mais baixa do que a média de 21% na América Latina, mas próxima das taxas no México (15%) e no Uruguai (10%) (Reichenheim et al., 2006).

Em 2010, pela primeira vez os dados nacionais referentes à notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências no Brasil foram divulgados na série Saúde Brasil. Esses dados indicam que mulheres, crianças e adolescentes são as principais vítimas dentre os casos notificados. Também revelam, ainda, que a violência ocorre predominantemente no ambiente domiciliar, perpetrada por pessoas próximas do convívio familiar e cônjuges. Chama a atenção a parcela dos casos de violência de repetição, que chega a ser registrada em um terço dos episódios (Brasil, 2011).

1.2.2 Fatores de risco para a ocorrência da violência entre parceiros íntimos

Segundo a OMS, assim como as demais formas de violência, a VPI é construída socialmente por meio da interação de fatores relacionados aos indivíduos envolvidos, às relações entre eles, ao contexto em que estas relações ocorrem e aos fatores macroestruturais, dentre os quais se destacam os econômicos e socioculturais. Dessa forma, a OMS propõe um modelo teórico explicativo, designado como “modelo ecológico” para compreender os fatores

envolvidos na ocorrência de violência. O primeiro nível do modelo ecológico concentra as características do indivíduo; o segundo nível explora as formas de resolução de conflitos na família e os padrões de relacionamento familiar; o terceiro nível representa os contextos comunitários em que as relações estão embutidas; e o quarto e último nível compreende os fatores sociais representados pelo desemprego, desigualdade social, pobreza, dominação de gênero, dentre outros (Krug et al., 2002; Moraes et al., 2011).

No que concerne ao primeiro nível do modelo ecológico, Gunter (2007), ao revisar os fatores que aumentam o risco de VPI, aponta que sua incidência é maior entre mulheres mais jovens, principalmente na faixa etária entre 15 e 19 anos. Jasinski e Williams (1998) também destacam a juventude como um dos mais importantes fatores de risco para a violência. Entretanto, outros estudos apontam que mulheres em idade mais avançada também representam um importante grupo de risco para a VPI (Bonomi et al., 2007; Sormanti & Shibusawa, 2008; Tetterton & Farnsworth, 2011; Moraes et al., 2012; Stockl et al., 2012). Reichenheim *et al.* (2011), ao revisar informações referentes à violência no Brasil, encontrou um padrão pouco regular em relação à idade da mulher, onde no Sul do país as adolescentes estavam entre as vítimas mais comuns de violência cometida por parceiro íntimo, e no Norte as vítimas eram as mulheres mais velhas.

A violência entre o casal também pode ser motivada pelo consumo de álcool e drogas, tanto pelo homem quanto pela mulher, através de seus efeitos desinibidores diretos ou indiretos, uma vez que se espera socialmente que estas substâncias possam modificar o comportamento, no que diz respeito especialmente à censura à violência (Jewkes, 2002a; Jewkes et al., 2002). No entanto, essa relação também parece ocorrer no sentido inverso, pois algumas mulheres podem usar álcool e drogas em busca de um alívio para os efeitos da violência (Jasinski J.L., 1998).

A história de violência na família de origem também é um importante fator de risco para a ocorrência da VPI, tanto para a vitimização quanto para a perpetração (Heise, 1998). Estudos indicam que mulheres que sofreram violência na infância ou testemunharam violência entre seus pais aprenderam a legitimar e tolerar a violência. Sugerem também a influência na baixa autoestima da mulher. Desta forma, elas estariam mais sujeitas a experimentarem violência por seus parceiros, além de apresentar uma capacidade reduzida para deixar o relacionamento violento (Jasinski & Williams, 1998; Jewkes et al., 2002).

Roberts et al. (2011), mostrou que há uma interação entre os eventos estressores recentes e adversidades da infância de modo que indivíduos expostos a ambos os eventos estão em maior risco de perpetração da VPI. Ademais, o estudo mostra que a associação de

fatores estressantes e a perpetração da VPI são mais fortes entre os indivíduos com histórias de violência na família de origem.

Ainda no primeiro nível ecológico, as mulheres com baixa escolaridade também pertencem a um grupo vulnerável à VPI. Segundo Jewkes (2002b) a educação permite a emancipação social da mulher por meio da ampliação das redes sociais, da autoconfiança, da capacidade de utilizar informações e recursos disponíveis na sociedade, também pode revelar um maior nível econômico, reduzindo sua probabilidade de sofrer violência.

Os fatores de risco para a VPI abarcados no segundo nível do modelo ecológico compreendem a existência de um alto grau de conflitos no relacionamento do casal e a dificuldade dos mesmos para a resolução destes conflitos por meio da negociação, bem como uma situação conjugal instável. Somam-se a isto as situações de família numerosa com grande número de crianças menores de cinco anos de idade, as famílias que estão vivenciando um alto nível de estresse por problemas econômicos, de saúde, de moradia ou de outras naturezas (Krug et al., 2002; Moraes et al., 2011; Reichenheim et al., 2011).

Já o terceiro e o quarto nível concernem aos fatores comunitários e sociais, respectivamente. Ao nível da comunidade é relevante entender as possíveis diferenças em que as relações sociais ocorrem, por exemplo, um alto nível de mobilidade residencial, a heterogeneidade (população muito diversa e com pouco vínculo social) e alta densidade populacional são características que têm sido associadas à violência (Krug et al., 2002). Da mesma forma, as comunidades caracterizadas por elevada criminalidade, altos níveis de desemprego ou isolamento social também apresentam uma maior probabilidade de vivenciar a violência (Krug et al., 2002; MacMillan et al., 2009).

No nível social, também designado macro-estrutural, é importante identificar os fatores que promovem ou inibem a violência, tais como os relacionados com às normas culturais que regem as relações de gênero, incluindo ainda as políticas de saúde, de educação, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos da sociedade (Krug et al., 2002).

Apesar de acometer casais de todos os níveis socioeconômicos, a VPI parece ser mais frequente naqueles menos favorecidos. A pobreza pode aumentar o risco de violência entre o casal, por meio do estresse inerente a esta condição, que sobrecarrega o funcionamento familiar. Além disto, o estresse também afeta a capacidade para processar efetivamente as informações e selecionar comportamentos adequados para a resolução de conflitos. Ademais, a pobreza pode aumentar a dependência financeira da mulher em relação ao parceiro, o que representa um obstáculo ao término do relacionamento violento (Jewkes, 2002b; Gunter,

2007; Varcoe et al., 2011). No Brasil, os achados parecem consistentes com a literatura internacional, na medida em que as famílias de menor renda apresentam os níveis mais elevados de VPI (Reichenheim et al., 2011).

Como visto acima, a estrutura ecológica enfatiza as diversas causas da violência, a interação dos fatores de risco dentro da família e de contextos mais abrangentes (Krug et al., 2002).

1.2.3 Consequências da violência entre parceiros íntimos da saúde da mulher

Além de ser uma violação dos direitos humanos, a VPI é responsável por sérias consequências (Ellsberg et al., 2008), que ocorrem tanto no âmbito individual, trazendo agravos à saúde física e mental das vítimas, quanto no âmbito familiar e social. Os impactos sociais da VPI vão desde os elevados custos jurídicos e do sistema de saúde até a deterioração das normas e dos valores sociais com a perpetuação da desigualdade de gênero e da VPI (Krug et al., 2002; Gunter, 2007).

Os estudos sobre o impacto da VPI na saúde da mulher sugerem que ele pode durar muito tempo após a violência ter cessado, e que quanto maior o tempo de duração e da gravidade dos abusos, maior será o número e a gravidade de suas consequências na saúde (Krug et al., 2002).

As manifestações da VPI na saúde física das mulheres envolvem diversos tipos de lesões que podem inclusive levar à morte. Dentre as mais frequentemente estudadas destacam-se as escoriações, fraturas, dores crônicas, hipertensão, asma, distúrbios gastrointestinais e síndrome do intestino irritável. Enquanto que na saúde sexual e reprodutiva, as manifestações são representadas pelas doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias e infecções vaginais, miomas, irritação genital, dor durante o ato sexual, dor pélvica crônica, infertilidade e complicações na gestação. Todos os agravos citados acabam deteriorando o estado geral de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida destas mulheres (Campbell et al., 2002; Campbell, 2002; Krug et al., 2002; Gunter, 2007; Lafta, 2008; Wuest et al., 2010; Ford-Gilboe et al., 2011).

As repercussões da VPI não se restringem aos agravos físicos. Estas também abarcam agravos na saúde mental da mulher, manifestado por meio de distúrbios psicológicos, incluindo o sofrimento, trauma, sentimentos de vergonha, culpa, raiva, fúria, medo e

desamparo, ansiedade, baixa autoestima, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, fobias e transtornos do pânico, distúrbios psicossomáticos. Além de desordens comportamentais como distúrbios de alimentação e sono, abuso de álcool e drogas, tabagismo e comportamentos suicidas (Jasinski & Williams, 1998; Krug et al., 2002; Gunter, 2007; Yount & Li, 2011).

Como será visto adiante, alguns estudos têm aventado a possibilidade da violência familiar ao longo da vida ter repercussões no estado nutricional dos indivíduos envolvidos. Partindo da conjectura de que possíveis fatores psicossociais, como o estresse crônico, podem estar envolvidos com o ganho de peso e considerando os diversos estudos que abordam as consequências da VPI, esta passa a ser vista como um possível fator desencadeante do sobrepeso e obesidade em suas vítimas.

1.3 **Caracterização e determinantes do sobrepeso e da obesidade em mulheres**

1.3.1 Sobrepeso e obesidade em mulheres adultas: um problema de saúde pública

O sobrepeso e a obesidade também representam um problema crescente para a saúde pública devido ao grande aumento de suas prevalências nas últimas décadas (WHO, 2000; Anjos, 2006; WHO, 2011). A magnitude do problema nos últimos anos fez com que este tenha sido considerado pela OMS como uma epidemia global (WHO, 2000). Por definição, ambas as condições consistem em um excesso de gordura corporal, fruto de um desequilíbrio crônico entre ingestão e gasto energético, acarretando repercussões à saúde (WHO, 2011).

Ambos são definidos por meio de um valor antropométrico ou de gordura corporal total acima de um determinado ponto de corte, sendo o Índice de Massa Corporal (IMC) o método mais usado para a classificação do estado nutricional em adultos, tanto na prática clínica, quanto e em estudos populacionais (Anjos, 2006; WHO, 2011). O IMC representa a relação entre o valor de massa corporal e a estatura e é definido como o peso dos indivíduos em quilos dividido pelo quadrado de sua altura em metros (kg/m^2). O sobrepeso é classificado pelo IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2 e a obesidade acima de 30 kg/m^2 (WHO, 1995a), sendo o excesso de peso toda a situação de IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 .

De acordo com as estimativas da OMS, em 2008, cerca de 1,5 bilhões de adultos acima de vinte anos de idade estavam acima do peso. Destes, mais de 200 milhões de homens e cerca de 300 milhões de mulheres eram obesos (WHO, 2011).

O sobrepeso e a obesidade são considerados como o quinto principal fator de risco para os óbitos no mundo. Pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano devido ao problema. Além disso, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% e 41% das causas de câncer são atribuídos ao sobrepeso e a obesidade (WHO, 2011).

Ao acompanhar a evolução do estado nutricional da população adulta brasileira nos inquéritos nacionais realizados entre 1974 e 2009, observa-se um aumento contínuo de sobrepeso e obesidade. A obesidade passou de 2,4% em 1974 para 15,1% em 2009. Em 2008/09 o excesso de peso atingiu cerca de metade dos adultos, excedendo em vinte e oito vezes a frequência do déficit de peso no caso masculino e em treze vezes no feminino. Destes, 12,5% dos homens eram obesos (1/4 dos casos de excesso de peso) e 16,9% das mulheres (1/3). Este aumento é perceptível em todos os estratos de renda da população masculina. Já entre as mulheres, o crescimento é mais acentuado entre as 20% de menor rendimento, passando de 14,6% no primeiro inquérito para 45% no segundo (IBGE, 2010b).

Em todos os inquéritos nacionais que abordaram o estado nutricional (Endef¹, 1974; PPV²; 1997; POF³ 2003/03, 2008/09), a relação entre o número de anos de estudo da mulher é inversa à prevalência de obesidade, ou seja, a prevalência da obesidade aumenta com a redução de número de anos cursados. Entre as mulheres que não frequentaram a escola, a prevalência de obesidade aumentou cerca de três vezes entre o Endef e a PPV. Já para as mulheres com ensino superior completo, observa-se que a prevalência apenas dobra o seu valor entre os inquéritos (Anjos, 2006; IBGE, 2010b).

Outros estudos também apontam que as mulheres constituem um grupo vulnerável à dinâmica do excesso de peso no contexto da pobreza (Monteiro et al., 2007; Ferreira et al., 2010; Velasquez-Melendez et al., 2011). Velasquez-Melendez *et al.* (2011) ao avaliar dados da terceira edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006/7), observaram que mulheres residentes em domicílios com insegurança alimentar⁴ leve apresentaram uma

¹ Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef), realizado entre 1974 e 1975

² Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada entre 1996 e 1997

³ Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizadas nos anos de 2003/03, 2008/09

⁴ **Domicílio com insegurança alimentar:** Domicílio em que, no período de referência dos últimos três meses, ocorreu pelo menos uma das quatro seguintes situações: a) um ou mais moradores ficaram preocupados por não terem certeza de que os alimentos de que dispunham durassem até que fosse possível comprar ou receber mais comida que constituía a sua alimentação habitual; b) a comida disponível para os moradores acabou antes que

prevalência 49% maior de obesidade do que aquelas que viviam em situação de segurança alimentar.

Monteiro *et al.* (2007), com a finalidade de avaliar tendências temporais da obesidade, comparou as prevalências entre homens e mulheres utilizando dados de inquéritos nacionais realizados em 1974, 1989 e 2003. Os autores observaram que no primeiro período (1974-1989) as prevalências de obesidade entre homens e mulheres aumentaram em 92% e 63%, respectivamente, sendo relativamente maiores entre os indivíduos de baixa renda. Entre os anos de 1989 e 2003 houve aumento da prevalência de obesidade apenas entre os homens. Apesar da prevalência de obesidade ter se mantido praticamente estável entre as mulheres, houve um aumento de 26% entre aquelas no grupo dois quintos de renda mais baixo. Em contrapartida, observou-se uma redução do problema em 10% entre as mulheres dos três quintos de renda mais alta.

Como será melhor desenvolvido na seção 1.4, mais recentemente, alguns estudos têm utilizado modelos teóricos explicativos do problema mais abrangentes, passando a incorporar fatores psicossociais no processo. Estudos de base populacional conduzidos recentemente nos EUA e Canadá, por exemplo, indicam associação entre depressão e sobrepeso e/ou obesidade (Lopes, 2007; Simon *et al.*, 2008; Zhao *et al.*, 2009; Garipey *et al.*, 2010; Simon *et al.*, 2011; Zhao *et al.*, 2011). O estudo de Zhao, *et al.* (2009), ao avaliar associação entre o IMC e a saúde mental de adultos, sugere uma positiva associação entre sobrepeso/obesidade e transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão) entre mulheres. Já entre os homens, esta associação foi negativa ou inexistente.

O estudo de Simon *et al.* (2008) também sugere que haja uma associação entre depressão e obesidade em mulheres. Os autores apontam que a prevalência de depressão moderada ou severa foi 6,5% entre aqueles com IMC abaixo de 25 kg/m² e passou a 25,9% entre aqueles com IMC acima de 35 kg/m². No mesmo estudo, a prevalência de obesidade foi 25,4% entre aqueles sem sintomas depressivos e 57,8% entre aqueles com depressão moderada a grave.

Partindo da conjectura de que agravos psicossociais, como o estresse crônico e a depressão, podem estar envolvidos no ganho e/ou na redução de peso e considerando diversos

tivessem dinheiro para comprar mais alimentos que constituíam as suas refeições habituais, sem considerar a existência dos alimentos secundários (óleo, manteiga, sal, açúcar etc.), uma vez que sozinhos não constituem a alimentação básica; c) os moradores da unidade domiciliar ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada; d) os moradores da unidade domiciliar comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou (IBGE, 2010a).

estudos que abordam as consequências da VPI, esta passa a ser vista como um possível fator desencadeante da alteração do peso em suas vítimas.

1.3.2 Consequências do sobrepeso e da obesidade na saúde da mulher

O sobrepeso e a obesidade têm sido associados a efeitos adversos à saúde dos indivíduos tanto em curto, como em longo prazo. Estudos apontam que as mulheres com excesso de peso apresentam um maior risco para o desenvolvimento destes efeitos deletérios do que os homens com o mesmo problema (Willett et al., 1999; Hu, 2003).

Dentre as consequências do excesso de peso na saúde das mulheres destacam-se o risco aumentado de diabetes, doença coronariana, certos tipos de câncer, especialmente o câncer de endométrio, colo uterino, ovário e mama (Hu, 2003; Lash & Armstrong, 2009; da Rosa et al., 2011; Kulie et al., 2011). Já a obesidade abdominal está fortemente associada com a síndrome dos ovários policísticos (Hu, 2003).

Ademais, o excesso de peso também pode reduzir a capacidade e a saúde reprodutiva. O problema pode dificultar a gestação, estando associado a maiores prevalências de cesariana, assim como a maiores riscos de complicações obstétricas, tais como o diabetes e a hipertensão. Aliado a estas complicações, verifica-se um risco aumentado para a mortalidade neonatal e malformações, além de um comprometimento na amamentação por meio da redução da intenção de amamentar, além de afetar o período de início e duração da amamentação (Kulie et al., 2011).

Como apontado anteriormente, algumas pesquisas vêm sugerindo que os transtornos mentais comuns, especialmente a depressão, possam ser fatores de risco para o excesso de peso. Ao discutir o tema, Lopes (2007) destaca a importante associação entre obesidade e depressão, mas aponta ainda uma grande limitação nas pesquisas sobre o tema. Segundo a autora, a maioria dos estudos epidemiológicos baseia-se em desenhos transversais, o que dificulta o entendimento da direção da associação. Poucos estudos têm se dedicado a explorar esta questão. Desta forma, até o momento, parece não haver evidências suficientes que ratifiquem a direção desta associação. A possibilidade de uma associação causal recíproca entre obesidade e depressão não pode ser descartada.

Entretanto, outra pesquisa sugere exatamente o oposto, ou seja, que os transtornos mentais sejam consequência do excesso de peso. Recentemente, os resultados de um grande

estudo longitudinal que acompanhou por doze anos uma amostra nacionalmente representativa de 10.545 adultos canadenses, captados por meio do *National Population Health Survey* (NPHS), fortaleceram a hipótese de que a obesidade é um importante fator de risco para depressão em mulheres (Garipey et al., 2010). Segundo os autores, após sete ondas de coleta de dados, os achados sugerem que a obesidade é um preditor (positivo) significativo de depressão em mulheres, mas não em homens. Resta saber se o inverso também é verdadeiro.

1.4 Possíveis relações entre violência entre parceiros íntimos e sobrepeso/obesidade em mulheres

Como apontado nas seções anteriores, recentemente, alguns estudos vêm investigando uma possível associação entre vivenciar situações de violência familiar ao longo da vida e estado nutricional dos indivíduos envolvidos (2002; Alvarez et al., 2007; Whitaker et al., 2007; Greenfield & Marks, 2009; Midei et al., 2010; Midei & Matthews, 2011). O principal pressuposto que baseia estas investigações é o reconhecimento de que tanto o testemunho da VPI na infância e adolescência, como a vivência de relações amorosas conflituosas, hostis e abusivas podem desencadear uma série de agravos à saúde mental dos indivíduos envolvidos.

Quando o testemunho da violência entre os pais ocorre em fases precoces da vida estas repercussões podem ocasionar um deficit do crescimento e do desenvolvimento infantil (Yount et al., 2011). Em um estudo caso-controlado realizado no Rio de Janeiro, Hasselmann & Reichenheim (2006) encontraram forte associação entre VPI e ocorrência de desnutrição aguda grave em crianças menores de dois anos.

Quando as violências ocorrem durante a gestação podem comprometer o ganho de peso da gestante, além de gerar baixo peso ao nascer de seus filhos em função de um crescimento intrauterino restrito e/ou prematuridade do recém-nascido (Hasselmann & Reichenheim, 2006; Moraes et al., 2006; Yount et al., 2011; Ziaei et al., 2012).

Segundo Sawaya et al. (2003), este deficit do crescimento e do desenvolvimento infantil pode alterar o metabolismo neuroendócrino, por meio de potenciais mecanismos que incluem os efeitos a longo prazo da desnutrição na infância sobre o gasto energético, oxidação de gordura, a regulação da ingestão de alimentos, a susceptibilidade aos efeitos de dietas ricas em gordura, e sensibilidade à insulina alterada ocasionado o excesso de peso na idade adulta.

No que tange a relação entre a violência sofrida na infância e o estado nutricional na adolescência, estudos conduzidos nos EUA apresentam resultados divergentes ao do Brasil. Hussey et al. (2006), com o objetivo de estimar a prevalência de maus tratos sofridos na infância e sua relação com alguns hábitos de vida e desfechos de saúde (uso de álcool e drogas, depressão e excesso de peso), considerando 10.828 adolescentes inscritos no *National Longitudinal Study of Adolescent Health* nos EUA, encontraram uma positiva relação, embora substancialmente fraca, entre a agressão física e o excesso de peso (OR_a 1,20, p-valor <0,005). Em outro estudo deste mesmo projeto, em abordagem longitudinal, Shin & Miller (2012), ao explorar a associação entre os maus tratos na infância (negligência, abuso físico e sexual) e o IMC em 8.471 adolescentes, verificaram que as vítimas da negligência na infância apresentaram IMC superior ao longo do tempo em comparação as que não sofreram maus tratos na infância. Verificaram também que a coocorrência da negligência e do abuso físico na infância esteve relacionada ao aumento dos níveis de IMC no início do estudo, mesmo após o ajuste para características demográficas e psicossociais.

Já o primeiro estudo brasileiro a pesquisar a associação entre a violência na infância e o excesso de peso na adolescência no Brasil, não encontrou evidências desta associação. Conduzido por pesquisadores deste Programa de Investigação em parceria com o Instituto de Nutrição Josué de Castro, o Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA) que abarcou 1014 adolescentes de 13 a 19 anos de duas escolas públicas e quatro escolas particulares localizadas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro, não evidenciou uma associação entre violência física, psicológica, sexual ou negligência na infância e excesso de peso entre meninas. O estudo evidenciou apenas uma tendência de redução do IMC-para-idade em adolescentes do sexo masculino que foram vítimas de negligência na infância, sugerindo tendência ao baixo peso ou desnutrição e não ao excesso de peso (Gagliano, 2012).

Na busca para a compreensão das relações entre a violência familiar e o estado nutricional, Kendall-Tackett (2002) postulou caminhos que envolvem as vias comportamentais (abuso de álcool e drogas, desordens alimentares e tabagismo) e as vias emocionais (depressão e transtorno de estresse pós-traumático). Greenfield & Marks (2009) apresentam resultados que sustentam as postulações acima. Ao avaliar o consumo de alimentos em resposta ao estresse como um mediador das relações entre o testemunho da violência entre os pais na infância e a obesidade na idade adulta, os autores identificaram um maior consumo de alimentos em resposta ao estresse entre os indivíduos com história de violência na família.

O primeiro estudo que avaliou a associação entre relatos de abuso/negligência na infância e adiposidade abdominal mostrou que mulheres com peso normal e excesso de peso que sofreram abuso emocional, físico, sexual ou negligência tiveram maiores aumentos na adiposidade central, em comparação às mulheres não abusadas. A possível explicação fisiológica para esta relação reside no fato de que o estresse, consequência da violência, estimula a elevação da produção do hormônio cortisol (Midei et al., 2010), que por sua vez, leva à ativação da lipoproteína lipase no tecido adiposo, ocasionando a acumulação de massa de gordura na região abdominal (Torres & Nowson, 2007; Midei et al., 2010). Os níveis elevados de cortisol também são responsáveis pelo aumento do apetite, especialmente para os alimentos com alta densidade energética (Epel et al., 2001; Torres & Nowson, 2007; Foss & Dyrstad, 2011).

Cabe ressaltar que estudos sobre as consequências da violência, particularmente no estado nutricional, costumam acontecer na presença de formas mais graves de violência, como no caso do abuso sexual e da agressão física grave. Deste modo, a maioria dos estudos que encontram associação entre a violência na infância e/ou adolescência e excesso de peso, o faz para indivíduos adultos e/ou vítimas de abuso sexual (Grilo & Masheb, 2001; Williamson et al., 2002; Aaron & Hughes, 2007; Greenfield & Marks, 2009; Midei & Matthews, 2011).

Infelizmente, a literatura específica sobre a VPI na idade adulta e o estado nutricional em mulheres ainda é escassa. Em recente revisão bibliográfica, apenas quatro estudos foram identificados sobre este tema. Eles têm um desenho transversal, e foram conduzidos em contextos diferentes ao do Brasil.

Os dois primeiros estudos foram conduzidos na Índia e ambos avaliaram mulheres com idade entre 15 a 49 anos de idade. No primeiro, Sethuraman et al. (2006), ao avaliar 747 mulheres das comunidades rurais e tribais, encontraram uma positiva relação entre o abuso psicológico e coerção sexual e o baixo peso. O segundo estudo, utilizando dados do *Indian National Family Health Survey* (1998 - 1999) avaliou 69.072 mulheres, encontrou uma positiva relação entre a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e desnutrição e entre a VFPI e anemia em mulheres (OR ajustado 1,21 e 1,11 respectivamente) (Ackerson & Subramanian, 2008).

Em estudo conduzido no Egito publicado no ano de 2011, utilizando os dados de 5.015 mulheres do *Egypt Demographic and Health Survey* (EDHS), sugerem uma associação positiva entre a VPI e obesidade na análise bivariada que não se sustenta no modelo ajustado por idade, escolaridade, religião, região de residência (urbana/rural) e idade do primeiro casamento. Como as violências foram exploradas de forma conjunta neste estudo, não se sabe

ao certo se esta ausência de efeito da violência, quando considerados os fatores de confusão, também ocorreria se as manifestações a violência fossem exploradas individualmente (Yount & Li, 2011).

O quarto estudo sobre o tema foi realizado em um contexto cultural totalmente diferente dos anteriores. Este teve como foco principal avaliar as relações entre violência entre parceiros íntimos e comportamentos de saúde em 1449 mulheres americanas. Os autores verificaram que não houve associação significativa entre a VPI e o IMC, assim como com a prática de atividade física. Entretanto, estas mulheres apresentaram uma maior propensão ao consumo de alimentos não saudáveis (OR 1.80, p-valor 0.002). Cabe ressaltar que neste estudo a amostra foi representada por 84% de mulheres negras, 64% solteiras e que para o cálculo do IMC o peso e a estatura foram autorreferidos. Além disto, a VPI foi aferida por meio de um instrumento simplificado, que identifica vitimização da VPI ao avaliar qualquer tipo de violência física, sexual, verbal por meio de respostas dicótomas, considerando que uma resposta positiva a qualquer pergunta classifique a entrevistada como positiva para a VPI (Mathew et al., 2012).

Como se pode observar, são complexas as hipóteses, as associações e as possíveis cadeias causais que podem ligar a VPI e o surgimento do sobrepeso e obesidade. O papel de muitos fatores ainda não está definido neste processo, o que justifica a importância de seguir com as investigações que busquem esclarecer tais questões.

2 JUSTIFICATIVA

Como apontado nas seções anteriores, a VPI e o sobrepeso/obesidade estão entre os principais problemas de saúde pública que acometem mulheres, sendo relevantes tanto em decorrência de sua ampla magnitude, quanto em função de suas graves consequências. Faz-se necessário estudá-los no intuito de melhor conhecer suas múltiplas causas, inter-relações, efeitos deletérios físicos, emocionais e sociais, visando reduzir suas repercussões na saúde de suas vítimas, bem como o ônus financeiro que geram para o sistema de saúde.

As evidências descritas nas seções 1.3 e 1.4 sugerem uma possível relação entre agravos à saúde mental e alterações no estado nutricional em mulheres. Desta forma, considerando as sérias repercussões da VPI na saúde mental dos que a vivenciam, é plausível

a hipótese de que a violência sofrida ao longo da vida possa ser um dos precursores do sobrepeso e obesidade na idade adulta. Entretanto, os poucos estudos sobre o tema são controversos e apresentam limitações metodológicas que dificultam uma síntese sobre o assunto.

Considerando os resultados contraditórios dos poucos estudos anteriores que abordaram as possíveis repercussões das situações de estresse crônico, tais como a vivência de VPI, no estado nutricional de mulheres adultas, parece interessante ampliar as investigações sobre o tema.

Se for constatado que mulheres vítimas da violência física entre parceiros íntimos (VFPI) são mais susceptíveis aos agravos nutricionais, especialmente ao excesso de peso, os resultados deste estudo serão úteis para a sensibilização de profissionais de saúde, planejadores de políticas públicas do Setor Saúde e instituições quanto à importância de identificar e rastrear situações de violência familiar como parte das suas políticas públicas e programas para a prevenção destes agravos e de suas comorbidades.

Dessa forma, esse primeiro estudo sobre este tema a ser realizado no Brasil pretende contribuir tanto para o avanço do conhecimento sobre as repercussões da violência familiar e para uma maior mobilização do sistema de saúde frente a este grave problema, quanto para os programas de investigação que se debruçam sobre os fatores de risco relacionados ao sobrepeso e obesidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar as possíveis relações entre violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e o sobrepeso e obesidade em mulheres adultas em uma população de baixa renda.

3.2 Específicos

- Estimar a prevalência de VFPI em mulheres adultas, que relataram possuir algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista, residentes no Distrito de Campos Elíseos do Município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro.
- Avaliar se a vivência de situações de violência física entre o casal é considerada como um fator de risco para o sobrepeso e obesidade (Artigo).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Como o presente estudo é um subprojeto de um estudo maior, fruto de uma parceria do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) com o Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ, esta seção está dividida em duas partes.

A primeira abarca as questões relacionadas ao estudo de fundo que tiveram importância para a condução do presente subprojeto, tais como o local, o desenho e os critérios para a seleção da população do estudo, coleta e processamento de dados e aspectos éticos. A segunda apresenta as questões especificamente relacionadas ao presente subprojeto, a saber: o modelo teórico que subjaz o estudo, as variáveis e seus respectivos instrumentos de aferição, a população de estudo e a estratégia de análise de dados.

4.1 Materiais e métodos referentes ao estudo principal

4.1.1 Local do estudo

O município de Duque de Caxias é localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e apresenta uma população estimada para o ano de 2010 de 855.048 habitantes, sendo

esta predominantemente urbana (IBGE, 2011). O município concentra a maior parte das indústrias e dos serviços especializados do Estado, sendo suas principais atividades econômicas a indústria de transformação, a prestação de serviço e o comércio (Costa-Neto, 2002).

Independente do potencial industrial do município, de acordo com o Mapa da Fome II de 2003, 28,2% da população de Duque de Caxias era indigente. Para que se tenha um parâmetro para comparação, esta cifra se constituía em quase o dobro da proporção de pessoas em condição de pobreza extrema existente no município do Rio de Janeiro no período (Ferreira & Magalhaes, 2007). Campos Elíseos, o distrito sede deste estudo, é considerado o segundo mais pobre da região (Salles-Costa, 2007).

Com a finalidade de estimar a prevalência de insegurança alimentar entre as famílias que residiam no Distrito de Campos Elíseos no ano de 2005, foi realizado um estudo de base populacional em uma amostra de 1085 domicílios. Os resultados deste estudo revelaram que 53,8% dos domicílios de Campos Elíseos sofriam com a insegurança alimentar em diferentes graus: 31,4% referiram insegurança alimentar leve, 16,1%, insegurança alimentar moderada e 6,3%, insegurança alimentar grave. O analfabetismo foi observado em 6,2% dos chefes das famílias e outros 52,3% não lograram concluir o ensino fundamental. Por outro lado, apenas 1,3% dos chefes de família referiram ter cursado ensino universitário. Considerando a classificação de nível socioeconômico da ABIPEME, 83,4% das famílias foram classificadas nas classes C e D. A presença de filtro para tratamento de água foi relatada em apenas 63,6% das residências. De acordo com estes indicadores, trata-se de uma população de baixo nível socioeconômico (Salles-Costa et al., 2008).

4.1.2 Desenho do estudo e critérios para a seleção da população de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. Os indivíduos do estudo de fundo foram selecionados por meio da amostragem em conglomerados, em múltiplos estágios (setores censitários, domicílios particulares permanentes e indivíduos). O tamanho estimado da amostra para o estudo de fundo foi de 1.125 domicílios do segundo distrito de Duque de Caxias, considerando a prevalência de 14,5% de pobreza extrema, de forma que uma amostra composta por no mínimo 1.000 domicílios asseguraria a obtenção de estimativas para proporções sob níveis de precisão máximos de 5%.

Com o objetivo de manter a comparabilidade da 1ª etapa da pesquisa realizada em 2005, dos 322 setores censitários de Campos Elíseos, foram mantidos os 75 setores censitários amostrados (primeiro estágio de seleção) em 2005, considerando a Base Operacional Geográfica de 2000 do IBGE disponível no início da coleta de dados (março de 2010). Foram sorteados 15 domicílios particulares permanentes por setor, após varredura previa com base nos mapas disponibilizados pelo IBGE. Na seleção dos 15 domicílios de cada setor, adotou-se um duplo procedimento de amostragem inversa (Haldane, 1945) visando entrevistar até oito domicílios com criança e o complemento para quinze de qualquer outro tipo (sem crianças, podendo ter ou não adolescentes).

Inicialmente, os domicílios com crianças eram sequencialmente visitados, respeitando a ordenação aleatória das visitas, até que fossem obtidas as oito entrevistas ou esgotados os números de domicílios com crianças de 0 a 30 meses. Com esta informação, o supervisor de campo sorteava de modo aleatório os domicílios particulares permanentes do estrato de crianças (máximo de oito domicílios por setor) seguido pelo sorteio de domicílios particulares permanentes com adultos e/ou adolescentes até completar o total de 15 domicílios particulares permanentes por setor (2ª etapa de seleção). Esse procedimento é conhecido como *amostragem inversa* porque em vez de determinar o número de domicílios da amostra nos quais há tentativas para a realização de entrevista em todos (obtendo, sempre, alguma não resposta), neste se fixa o número de entrevistas realizadas. Nesse sentido, pode-se definir *amostragem inversa* como o método que consiste em verificar quantas unidades precisam ser observadas (n) para que sejam obtidos k sucessos (entrevistas realizadas ou unidades de interesse). Com esse desenho, pretendia-se simplificar os procedimentos de seleção de domicílios sem deixar de assegurar um número suficiente de domicílios com crianças, que permitisse a realização das análises planejadas para o estudo de fundo.

O terceiro estágio de seleção contemplou a seleção dos indivíduos de cada domicílio a serem entrevistados considerando os estratos: (1) somente adultos; (2) adulto e criança menor de trinta meses; (3) adulto e adolescente; (4) adulto, criança e adolescente. A seleção de pessoas foi equiprovável entre as pessoas dos grupos etários de interesse (criança, adolescente ou adulto), exceto a seleção do responsável pela criança ou pelo adolescente selecionado (geralmente a mãe) que foi incluído com certeza na amostra e, portanto, teve probabilidade de inclusão igual a uma unidade.

O critério de substituição de domicílios particulares permanentes considerou a tentativa de até três visitas pelos entrevistadores, bem como possíveis perdas de entrevistas

por estrato etário ou de sexo dentro do domicílio selecionado (recusa de entrevista pelo adulto e/ou adolescente).

A amostra foi elaborada para garantir a seleção das seguintes proporções por grupos etários: 430 crianças de seis a trinta meses, 620 adolescentes (12 a 18 anos) e 2200 adultos (19 a 60, cerca de 50% de cada sexo).

4.1.3 Coleta e processamento dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril e novembro de 2010, por uma equipe composta por 14 entrevistadores, 7 duplas compostas por cinco nutricionistas, três agentes de saúde e seis profissionais liberais com ensino fundamental. Os entrevistadores participaram do treinamento com carga horária total de 40 horas para as etapas de aplicação do questionário, medidas antropométricas, aferição da pressão arterial e consumo alimentar.

A coleta das informações de interesse foi realizada através de entrevistas face a face com a mulher de referência de cada domicílio. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado (no próprio domicílio da entrevistada) sem a presença do companheiro. Devido o fato de o questionário abordar questões de foro íntimo, o instrumento CTS2 (*Conflict Tactics Scale*) do módulo “Saúde da Mulher” foi aplicado somente por entrevistadores do sexo feminino, de acordo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2001).

O questionário multidimensional foi composto por dez módulos (domicílio, informações sobre moradores e insegurança alimentar; antropometria, medidas de pressão arterial e frequência cardíaca em adolescentes e adultos; mulheres entre 19 a 60 anos; homens entre 19 a 60 anos; saúde da mulher; adolescentes entre 12 e 18 anos; adolescentes do sexo feminino entre 12 e 18 anos; adolescentes do sexo masculino entre 12 e 18 anos; crianças de 6 a 30 meses; e consumo alimentar de crianças de 6 a 30 meses), abarcando questões relacionadas à saúde da mulher, apoio social, violência, estresse familiar, características sobre a unidade domiciliar, consumo de álcool, insegurança alimentar, informações antropométricas, dentre outras. Os questionários preenchidos passaram por revisão pelos próprios entrevistadores e supervisores e foram duplamente digitados no programa CSPro versão 3.3 por bolsistas de iniciação científica. O processamento dos dados foi realizado no software estatístico R versão 2.14.0 (Team, 2012) e Stata 12.0 (StataCorp, 2011).

4.1.4 Aspectos éticos

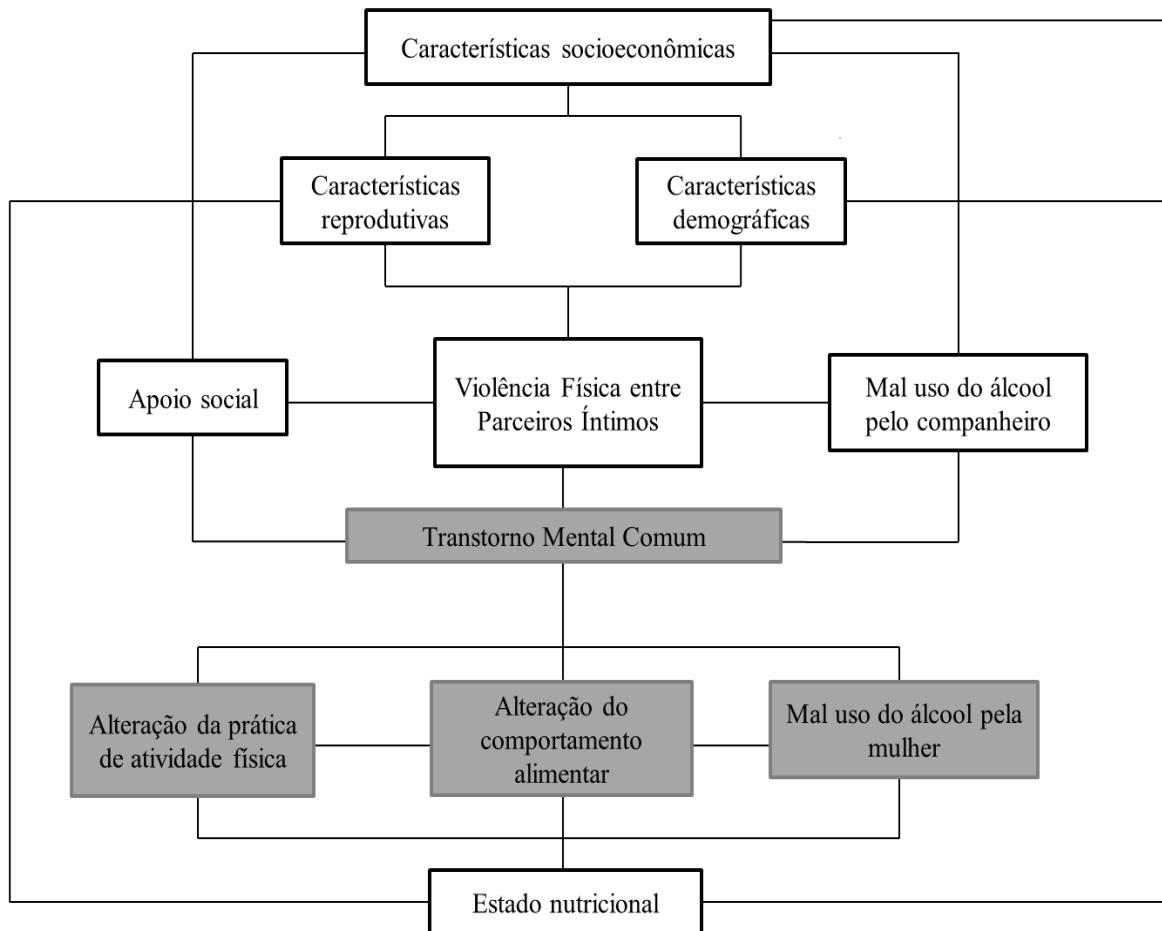
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009. No momento da entrevista domiciliar, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) para ser assinado pelos participantes, após esclarecimentos a respeito dos procedimentos a serem realizados, garantia de anonimato e possibilidade de recusa à participação no estudo.

4.2 **Materiais e métodos referentes ao estudo atual**

4.2.1 Modelo teórico

De acordo com a hipótese central deste estudo sugerindo a VFPI como um fator de risco para o sobrepeso e a obesidade em mulheres adultas, a partir da revisão bibliográfica apresentada na seção 1, foi elaborado um Modelo Teórico-Conceitual (MTC) com o propósito de representar as relações da VFPI e as demais dimensões envolvidas na saúde da mulher com o estado nutricional (Figura 1).

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual das relações entre violência física entre parceiros íntimos e o estado nutricional em mulheres.



O modelo proposto é simplificado e não tem a pretensão de esgotar todas as dimensões associadas aos processos, nem tampouco as diversas possibilidades de relação entre estas. A elaboração deste modelo teve a finalidade de facilitar o mapeamento de possíveis fatores de confusão a serem abordadas na investigação, além do direcionamento do plano de análise do estudo. Portanto, optou-se por construir um MTC composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais frequentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre VFPI e seus impactos na saúde da mulher, especialmente em seu estado nutricional.

A revisão da literatura para a construção do modelo teve como primeiro passo estabelecer as dimensões que estão supostamente envolvidas nas relações entre a exposição violência física entre parceiros íntimos e o desenlace de interesse (estado nutricional). Em

seguida foram identificadas algumas dimensões que, por estarem associadas tanto à VFPI quanto estado nutricional da mulher, deveriam ser consideradas como fatores de confusão. A última etapa compreendeu a escolha das variáveis que representariam cada uma das dimensões que compõem o MTC, a partir de uma reflexão sobre seus conceitos originais e possibilidades de operacionalização.

Como pode ser visto na Figura 1, o MTC apresenta quatro níveis: (1) nível distal, representado pelas características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas; (2) nível intermediário, composto pelas variáveis: Violência Física entre Parceiros Íntimos, exposição de interesse central; apoio social; e mal uso de álcool pelo companheiro; (3) nível proximal, representado pelo transtorno mental comum; e o quarto nível (4), representado pelas dimensões efetoras mais proximais ao desfecho, quais sejam: alteração da prática de atividade física; alteração do comportamento alimentar, especialmente o aumento do consumo de alimentos com alta densidade energética; e o mal uso de álcool pela mulher.

Conforme apresentado na Figura 1, postula-se que o efeito da VFPI no estado nutricional da mulher seja mediado pela ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que poderia estar levando a uma redução da atividade física, aumento do consumo de álcool e de alimentos levando a um balanço energético positivo. Por serem variáveis intervenientes, estas não foram consideradas nos modelos de análise de dados.

A partir deste MTC foi possível criar o modelo operacional por meio de reduções de conceitos em variáveis nominais e reduções por aproximações de variáveis. Tais reduções são necessárias para que a hipótese e o modelo operacional possam ser testados empiricamente.

As variáveis independentes e variáveis dependentes que compõem o MTC estão descritas nas duas próximas subseções.

4.2.2 Variáveis independentes e instrumentos de aferição

4.2.2.1 Violência física entre parceiros íntimos: exposição de interesse central

As informações sobre a ocorrência da VFPI foram obtidas por meio da utilização da versão em português do *Conflict Tactics Scale* na sua segunda versão (CTS2). O instrumento CTS2 foi desenvolvido em língua inglesa e passou por um processo de adaptação

transcultural que viabilizasse sua utilização satisfatória no Brasil (Straus et al., 1996; Moraes et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002).

A CTS2 é um instrumento estruturado e multidimensional construído com a finalidade de identificar a ocorrência de violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. O instrumento se inicia com uma pequena introdução, apontando que a ocorrência de conflitos nas relações entre casais é algo frequente. Em seguida há 78 itens que expressam possíveis ações do respondente (39 itens) e, reciprocamente, de seu companheiro (39 itens), durante momentos de desentendimentos e desavenças. Os itens formam cinco subescalas: Negociação, Agressão Psicológica, Violência Física, Injúria e Coerção Sexual (Moraes et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002). A escala de negociação é formada por seis itens que descrevem estratégias normalmente utilizadas quando os casais priorizam o diálogo e as demonstrações de apreço mútuo para resolver situações de divergência. As escalas de agressão psicológica, violência física, injúria e coerção sexual são formadas por, respectivamente, 8, 12, 6 e 7 itens, classificados como menores ou graves, de acordo com sua importância (Straus et al., 1996). Na CTS2, os itens foram mesclados de modo que não haja gradiente de gravidade ou qualquer agrupamento por dimensão (escala).

Na pesquisa de fundo, por questões operacionais, utilizou-se as escalas de Negociação, Violência Psicológica e Violência Física. No presente estudo foi utilizado apenas a escala de violência física que é dividida em 2 subescalas: 5 itens formam escala de violência física menor e 7, a de violência física grave. As informações sobre a violência perpetrada pelo respectivo parceiro íntimo foram obtidas por *proxy* através do relato da mulher. A janela temporal investigada no estudo concerniu os últimos doze meses. Entretanto, dada à cronicidade da VPI ao longo da vida relatada por diversos estudos anteriores (Soares, 1999; Krug et al., 2002; WHO, 2005), assume-se que este período de recordatório seja uma *proxy* da exposição à VPI ao longo da vida.

As informações coletadas foram consolidadas de forma dicotômica: uma resposta positiva em pelo menos um dos itens da escala de violência física e subescalas de violência física menor e violência física grave caracterizou uma situação em que a respectiva forma de VFPI foi considerada presente. Os itens referentes à violência física perpetrada pela mulher e pelo homem foram considerados de forma conjunta, caracterizando a violência entre o casal.

4.2.2.2 Características socioeconômicas

Esta dimensão foi representada pelas quatro variáveis listadas abaixo:

a) *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)* – indicador escolhido para classificar as famílias em diferentes estratos socioeconômicos, também conhecido como Critério Brasil. O CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população.

O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (APEP, 2012).

O Critério Brasil, atualizado em 2012, selecionou oito bens duráveis como indicadores discriminantes da renda, quais sejam: televisão em cores; rádio; banheiro; automóvel; máquina de lavar; vídeo cassete e/ou DVD; geladeira; e freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). A presença de empregada mensalista e o grau de instrução do chefe de família também compõe o escore. De acordo com o número de bens presentes no domicílio e a instrução do chefe de família, o domicílio obtém um escore total de pontos que o classifica em oito categorias: classe A1, 42 – 46 pontos; classe A2, 35 – 41; classe B1, 29 – 34; classe B2, 23 – 28; classe C1, 18 – 22; classe C2, 14 – 17; classe D, 8 – 13; e classe E, 0 – 7 pontos (APEP, 2012).

Nesse estudo a operacionalização do CCEB se deu por meio da conjunção das seguintes categorias: classe A (classe A1 e classe A2); classe B (classe B1 e classe B2); e classe C (classe C1 e classe C2). Para as classes D e E não houve alteração da operacionalização.

Segundo seus proponentes, a utilização do CCEB é vantajosa por ser um instrumento simples e de fácil resposta; por acessar informações prontamente disponíveis ao entrevistado, seja ele o chefe da família ou não; e por ser de fácil codificação para o processamento eletrônico. A utilização da escala também tende a minimizar as perdas, o que ocorre habitualmente quando se questiona diretamente o valor da renda familiar durante a coleta dos dados em inquéritos epidemiológicos. A utilização das variáveis “escolaridade do chefe de família”, “posse de bens duráveis” e “presença de empregados domésticos” também

contornam outras dificuldades, como a falta de atualização das informações devido a aumentos salariais e inflação, e a dificuldade na estimação do orçamento em famílias que tenham a maior parte de seus rendimentos oriundos do mercado informal.

b) *Renda per capita familiar mensal* – total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores, expressa em múltiplos do salário mínimo vigente no Estado do Rio de Janeiro, que à época do estudo era de 581,88 reais. Esta variável foi categorizada em: inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo; entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$; entre $\frac{1}{2}$ e 1; e igual ou superior a 1 salário mínimo.

c) *Escolaridade da mulher e do chefe de família* – variável categorizada em: até 8º ano do ensino fundamental; 9º ano do ensino fundamental até 2º ano do ensino médio; 3ª ano do ensino médio (ensino médio completo) completo mais.

d) *Condição da mulher na família* – variável categorizada em: ser a chefe da família; não ser a chefe da família.

4.2.2.3 Características demográficas

As características demográficas foram representadas pelas variáveis: idade, situação conjugal e cor da pele ou raça.

a) *Idade* – idade (em anos) da mulher na data da entrevista.

b) *Situação conjugal* – variável categorizada em: solteira; casada/vive em união; separada/divorciada; viúva.

c) *Cor da pele ou raça* – variável categorizada segundo a auto-classificação da entrevistada de acordo com a classificação do IBGE: preta; parda; branca; amarela/ indígena (IBGE, 2008).

4.2.2.4 Característica reprodutiva

A dimensão foi representada pelas variáveis: grávida alguma vez e número de filhos.

a) *Número de gestações (você já esteve grávida alguma vez?)* – categorizada em: nenhuma e uma ou mais gestações.

b) *Número de filhos vivos* – categorizada em: nenhum; um; dois; entre três e quatro; cinco ou mais filhos.

4.2.2.5 Apoio Social

Para avaliação do nível de apoio social foi utilizada a escala do *Medical Outcomes Study* (MOS), que objetiva mensurar a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (Sherbourne & Stewart, 1991). Este instrumento, além de conter as principais dimensões de apoio social, apresentou propriedades psicométricas adequadas ao ser adaptado para uso no Brasil (Chor et al., 2001; Griep et al., 2003). O MOS original é composto por dezenove itens e cinco sub-escalas, as quais compreendem cinco dimensões funcionais de apoio social: i) material (quatro questões – provisão de recursos práticos e ajuda material); ii) afetivo (três questões – demonstrações físicas de amor e afeto); iii) emocional (quatro questões – expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); iv) interação social positiva (quatro questões – disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem); e v) informação (4 questões – disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Para cada pergunta, cinco opções de resposta são apresentadas: nunca (valor “1”), raramente (valor “2”), às vezes (valor “3”), quase sempre (valor “4”) e sempre (valor “5”). A operacionalização deste conceito no nível empírico se dá por meio da utilização dos escores obtido nas escalas de apoio material, afetivo, emocional, apoio para informação e interação social positiva.

4.2.2.6 Mal uso de álcool

Abuso atual de álcool foi avaliado por meio do instrumento CAGE (Mayfield et al., 1974; Masur & Monteiro, 1983; Moraes et al., 2005) para os companheiros, e pelo instrumento TWEAK (Russell et al., 1994; Moraes et al., 2005; Moraes & Reichenheim, 2007) entre as respondentes.

O CAGE [(C) *Cut-down*; (A) *Annoyed*; (G) *Guilty*; (E) *Eye-opener*] (Mayfield et al., 1974) é um instrumento amplamente utilizado para a identificação de condições

suspeitas de abuso de álcool, simples e de fácil aplicação. Este instrumento é composto por quatro itens e quando pelo menos dois deles são respondidos afirmativamente, o indivíduo é considerado positivo. Embora bastante utilizado em estudos epidemiológicos, tem sofrido críticas quanto à sua performance em mulheres. (Russell et al., 1996; Bradley et al., 1998). Desta forma, no presente estudo o CAGE será destinado para avaliar o mal uso de álcool do companheiro. Para a análise descritiva neste estudo utilizou-se a classificação positivo/negativo e para as análises uni e multivariadas foram utilizados o escore.

O rastreamento das situações de suspeita de uso inadequado de álcool pelas mulheres foi realizado utilizando-se o instrumento TWEAK, que é composto por cinco itens. Dois deles são provenientes do CAGE [*Eye-opener* (E) e *Cut-down* (C)]; outros dois, oriundos do *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) (Selzer, 1971) [*Worry* (W) e *Amnesia or Blackouts* (A)]; e o último item, que aborda a questão da tolerância [*Tolerance* (T)], é proveniente do instrumento T-ACE (Sokol et al., 1989). O ponto de corte de 2 também foi empregado para o TWEAK para as análises descritivas e univariadas.

4.2.3 Variável dependente

4.2.3.1 Estado nutricional

O desfecho no modelo apresentado neste estudo é o estado nutricional da mulher no momento da entrevista, classificados por meio do IMC. Estas variáveis foram obtidas por meio das avaliações antropométricas.

As avaliações antropométricas foram realizadas por pessoal treinado e qualificado para tal. Foi solicitado que as mulheres estivessem vestindo apenas roupas leves, descalças e sem qualquer penteado ou adorno na cabeça. A aferição da estatura foi realizada duas vezes, e a média das duas medidas foi o valor considerado para as análises.

Para a medida peso foi utilizado balança digital da marca G-Tech[®], com capacidade para 150 kg e precisão de 100g. As mulheres foram pesadas posicionando os pés no centro da plataforma da balança, em posição ereta, com os braços esticados ao longo do corpo, sem se movimentar. A leitura e o registro (kg) foram realizados imediatamente após o valor do peso fixado no visor, sem oscilações.

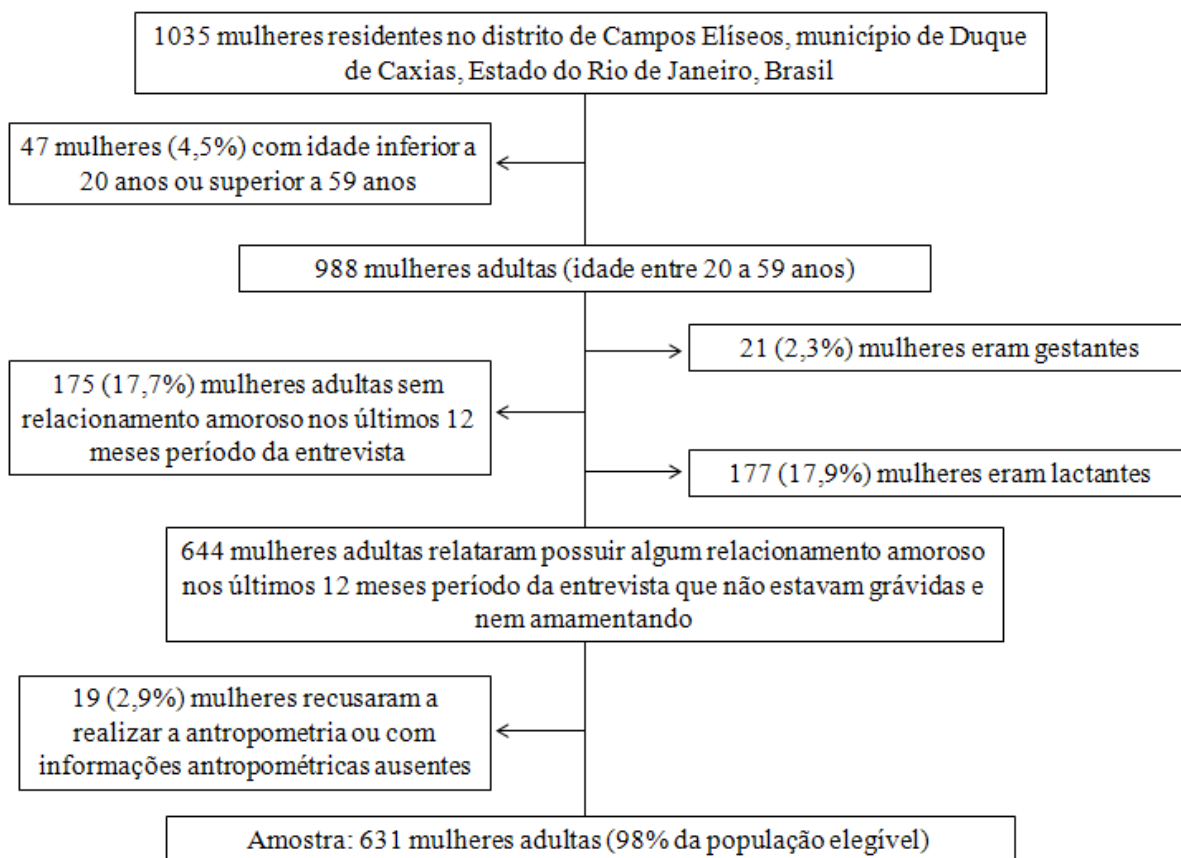
A estatura foi realizada com o estadiômetro da marca WCS[®] (capacidade em 220 cm) foi colocado em uma superfície plana, lisa, firme. A cabeça ficou erguida no plano de Frankfurdt, no momento da aferição foi solicitado que o indivíduo inspire profundamente e prenda a respiração por alguns segundos; o avaliador desceu a parte móvel do antropômetro á cabeça do avaliado, o valor em cm foi imediatamente registrado.

O IMC, expresso em kg/m², foi calculado para cada mulher. Para a classificação do estado nutricional foi empregado o ponto de corte proposto pela OMS (1995a), considerando o baixo peso com o IMC igual ou inferior a 18,5 kg/m², a eutrofia entre 18,5 e 24,99 kg/m², o sobrepeso entre 25 e 29,9 kg/m² e obesidade o IMC igual ou superior a 30 kg/m². Como a prevalência de baixo peso foi de apenas 1,2% (n=8), para fins de análise estas mulheres foram consideradas conjuntamente na categoria eutrófico.

4.2.4 População para este estudo

Foram elegíveis para este estudo as mulheres adultas, com idade entre 20 e 59 anos, que residiam no Distrito de Campos Elíseos do Município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, que relataram possuir algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista e que não eram gestantes ou lactantes, a fim de possibilitar a padronização da avaliação do estado nutricional segundo as recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde (1995). Das mulheres entrevistadas no estudo de fundo, 644 atendiam a estes critérios de inclusão e exclusão. Como 19 mulheres (2,9%) se recusaram a realizar a antropometria, a amostra de estudo foi de 625 mulheres (Figura 2).

Figura 2 – Descrição da população de estudo.



4.2.5 Análise dos dados

A primeira etapa do processo consistiu na exploração das variáveis a fim de avaliar a integridade e distribuições. Posteriormente, foram exploradas as relações entre as diferentes variáveis representantes de cada dimensão do modelo e o desfecho por meio de regressões logísticas multinomiais. Foram consideradas candidatas ao modelo multivariado aquelas que se mostraram associadas ao desfecho, considerando-se o p-valor inferior a 0,25 como ponto de corte e aquelas que necessariamente fazem parte do modelo teórico.

A análise multivariada foi norteadada pelo modelo teórico-conceitual (Figura 1). A ordem de entrada das variáveis no modelo multivariado respeitou a hierarquia entre as dimensões. Além da exposição de interesse central (VFPI), permaneceram no modelo as variáveis que alteraram o efeito da exposição de interesse central (VPI em pelo menos 10%,

as com p-valor inferior a 0,05) e aquelas que eram representantes das dimensões do modelo teórico.

O processamento dos dados foi realizado no software estatístico R versão 2.14.0 (Team, 2012) e Stata 12.0 (StataCorp, 2011). Visando dar conta da estrutura de conglomeração e demais características do processo de seleção dos indivíduos, a análise foi realizada com a rotina *svy* do programa Stata 12.0 (StataCorp, 2011) para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo – **Violência física entre parceiros íntimos: um fator de risco para o excesso de peso entre mulheres adultas?**

5.1 **Resumo**

Este estudo teve como objetivo avaliar as possíveis relações da violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e o estado nutricional de mulheres adultas em uma população de baixa renda. Trata-se de um estudo transversal que incluiu 625 mulheres, com idade entre 20 e 59 anos, que relataram possuir algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista e que residiam no distrito de Campos Elíseos do Município de Duque de Caxias, RJ – Brasil. A população de estudo foi selecionada através de uma amostragem complexa por conglomerados em múltiplos estágios que utilizou como estratégia de campo a amostragem inversa. As informações sobre a ocorrência de VFPI foram obtidas por meio do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* e o estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) em kg/m^2 . Destas mulheres 27,1% [IC 95%: 19,6-34,7%] relataram alguma forma de VFPI, 36,5% [IC 95%: 30,9-42,1%] apresentaram sobrepeso e 29,9% [IC 95%: 23,3-36,4%] obesidade. Os resultados mostraram uma tendência a um menor IMC entre mulheres vítimas de VFPI, já que na presença de VFPI a probabilidade de ocorrência de sobrepeso e obesidade foi 46% e 65% menor do que quando estas não referiram a violência, respectivamente, refutando a hipótese inicial do estudo de que a ocorrência de VFPI seria um fator de risco para o sobrepeso e obesidade. Tais achados reforçam a ideia de que tanto a violência entre parceiros íntimos, como o excesso de peso são dois importantes problemas de saúde pública no Brasil de hoje, merecendo ser prontamente enfrentados. As relações entre a VFPI e o excesso de peso têm a mesma direção de alguns estudos anteriores e merecem ser aprofundados em estudos futuros em outros grupos populacionais e que investiguem os caminhos que unem a vitimização ao estado nutricional.

Palavras-chave: Violência doméstica. Violência entre parceiros íntimos. Estado Nutricional. Sobrepeso. Obesidade.

5.2 Introdução

A violência entre parceiros íntimos (VPI), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 como “*qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte de uma relação íntima e incluem atos de agressão física, abuso psicológico, coerção sexual e comportamentos controladores*”, é uma das principais formas de violência interpessoal (Krug et al., 2002). Por apresentar grande magnitude, bem como uma complexa rede de fatores de risco e consequências específicas para a saúde de suas vítimas, cada vez mais o problema tem chamado a atenção do setor Saúde, merecendo lugar de destaque na agenda de políticas públicas e nas discussões de instituições não governamentais (Brasil, 2002; Krug et al., 2002; Brasil, 2009; Brasil, 2011; WHO, 2012).

A prevalência do problema é elevada em todo o mundo. Segundo o estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence* realizado em 15 regiões de 10 diferentes países (WHO, 2005a), incluindo o Brasil, mostrou que as prevalências de mulheres que sofrem violência física perpetrada por seus parceiros íntimos em algum momento de suas vidas variam entre 13% (Japão) e 61% (Peru). No Brasil foi observado que 27,2% e 33,7% das mulheres da cidade de São Paulo e da região da Zona da Mata de Pernambuco são vítimas de violência física alguma vez na vida (Schraiber et al., 2007), sendo que na maior parte dos casos estes atos não haviam ocorrido de forma isolada, mas como parte de um padrão de abuso contínuo (WHO, 2005a). O primeiro inquérito nacional de base populacional que teve como foco as estratégias utilizadas pelos casais para resolver os conflitos do cotidiano, ocorridos nos doze meses anteriores à entrevista, estimou prevalências de 21,5%, 12,9% de situações de abusos físicos menores e abusos físicos graves entre o casal, respectivamente (Reichenheim et al., 2006).

Os dados nacionais referentes à notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências referentes ao ano de 2010 corroboram a relevância do problema apontando que a violência contra mulheres ocorre predominantemente no ambiente domiciliar, sendo esta perpetrada por pessoas próximas do convívio familiar e cônjuges. Chama a atenção a parcela dos casos de violência de repetição, que chega a ser registrada em um terço dos episódios (Brasil, 2011).

Além de ser uma violação dos direitos humanos, a VPI é responsável por sérias consequências que ocorrem tanto no âmbito individual, trazendo agravos à saúde física e mental das vítimas, quanto no âmbito familiar e social (Campbell et al., 2002; Campbell,

2002; Ellsberg et al., 2008; Lafta, 2008; Wuest et al., 2009; Ford-Gilboe et al., 2011). Na última década, alguns estudos vêm investigando uma possível associação entre vivenciar situações de violência familiar ao longo da vida e sobrepeso/obesidade na adolescência e na idade adulta (Williamson et al., 2002; Alvarez et al., 2007; Whitaker et al., 2007; Greenfield & Marks, 2009; Midei et al., 2010; Midei & Matthews, 2011). O principal pressuposto que baseia estas investigações é o reconhecimento de que tanto o testemunho da VPI na infância e na adolescência, como a vivência de relações amorosas conflituosas, hostis e abusivas podem desencadear uma série de agravos à saúde mental dos indivíduos envolvidos, que culminariam em um consumo excessivo de alimentos com alta densidade energética e a redução da atividade física (Greenfield & Marks, 2009; Midei & Matthews, 2011; Yount & Li, 2011).

Infelizmente, a literatura específica sobre a VPI e o estado nutricional em mulheres ainda é escassa. Em recente revisão bibliográfica, apenas quatro estudos foram identificados. Todos eles utilizaram um desenho transversal e foram conduzidos em contextos diferentes ao do Brasil. Os dois primeiros estudos sobre o tema foram conduzidos na Índia e consideraram mulheres com idade entre 15 e 49 anos de idade. No primeiro, Sethuraman et al. (2006), ao avaliarem 747 mulheres das comunidades rurais e tribais, encontraram relação positiva entre o abuso psicológico e a coerção sexual e o baixo peso. O segundo, utilizando dados do *Indian National Family Health Survey* (1998 - 1999) e abarcando 69.072 mulheres, sugere uma relação positiva entre violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e desnutrição e entre a VFPI e anemia em mulheres (OR ajustado 1,21 e 1,11 respectivamente) (Ackerson & Subramanian, 2008).

Por outro lado, estudos mais recentes, não corroboram estes achados. A pesquisa de Yount & Li (2011), conduzida no Egito em 2011, com 5.015 mulheres, utilizando dados do *Egypt Demographic and Health Survey (EDHS)*, encontra uma associação positiva entre VPI e obesidade na análise bivariada, que desaparece no modelo ajustado por idade, escolaridade, religião, região de residência (urbana/rural) e idade do primeiro casamento. Já o quarto estudo sobre o tema teve como foco principal avaliar as relações entre violência entre parceiros íntimos e comportamentos de saúde em 1449 mulheres americanas. Os autores indicam que não houve associação significativa entre a VPI e o índice de massa corporal (IMC), assim como entre a VPI e a prática de atividade física. Entretanto, as mulheres vítimas de violência apresentaram maior propensão ao consumo de alimentos não saudáveis (OR 1.80, p-valor 0,002) (Mathew et al., 2012).

A crescente prevalência de sobrepeso e obesidade nas últimas décadas (WHO, 2000; Anjos, 2006; IBGE, 2010; WHO, 2011) e de suas comorbidades (Willett et al., 1999; Hu,

2003; Kulie et al., 2011) instigam o debate sobre a possibilidade de fatores psicossociais estarem envolvidos na complexa rede de determinantes do problema. A violência entre parceiros íntimos pode ser um destes. A constatação de que por diversos motivos tanto a VPI (Jewkes, 2002; Krug et al., 2002; Gunter, 2007; Varcoe et al., 2011; Kiss et al., 2012), como o sobrepeso e a obesidade (Mendez et al., 2005; Sethuraman et al., 2006; IBGE, 2010) ocorrem em maior grau entre famílias de baixa renda reforçam a possibilidade de relação entre os eventos.

Dada a ampla magnitude da violência física entre parceiros íntimos, bem como do sobrepeso e obesidade entre mulheres brasileiras, a gravidade de suas consequências e a escassez de estudos que avaliem a relação entre estas situações especialmente em mulheres adultas, as investigações sobre o tema são bastante oportunas. Visando ampliar os conhecimentos sobre o tema, o objetivo principal deste estudo foi avaliar as possíveis relações da violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e o estado nutricional de mulheres adultas em uma população de baixa renda.

5.3 Métodos

5.3.1 Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que é um subprojeto de um estudo maior, denominado "*Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas, no período de 2005 a 2009/2010, em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*".

Os participantes do estudo de fundo foram selecionados por meio da amostragem em conglomerados, em múltiplos estágios (setores censitários, domicílios particulares permanentes e indivíduos). O tamanho estimado da amostra para o estudo de fundo foi de 1.125 domicílios do segundo distrito de Duque de Caxias, considerando a prevalência de 14,5% de pobreza extrema, de forma que uma amostra composta por no mínimo 1.000 domicílios asseguraria a obtenção de estimativas para proporções sob níveis de precisão máximos de 5%.

Com o objetivo de manter a comparabilidade da 1ª etapa da pesquisa realizada em 2005, dos 322 setores censitários de Campos Elíseos, foram mantidos os 75 setores censitários amostrados (primeiro estágio de seleção) em 2005, considerando a Base Operacional Geográfica de 2000 do IBGE disponível no início da coleta de dados (março de 2010). Foram sorteados 15 domicílios particulares permanentes por setor, após varredura prévia com base nos mapas disponibilizados pelo IBGE. Na seleção dos 15 domicílios de cada setor, adotou-se um duplo procedimento de amostragem inversa (Haldane, 1945) visando entrevistar até oito domicílios com criança e o complemento para quinze de qualquer outro tipo (sem crianças, podendo ter ou não adolescentes). Inicialmente, os domicílios com crianças eram sequencialmente visitados, respeitando a ordenação aleatória das visitas, até que fossem obtidas as oito entrevistas ou esgotados os números de domicílios com crianças de 0 a 30 meses. Com esta informação, o supervisor de campo sorteava de modo aleatório os domicílios particulares permanentes do estrato de crianças (máximo de oito domicílios por setor) seguido pelo sorteio de domicílios particulares permanentes com adultos e/ou adolescentes até completar o total de 15 domicílios particulares permanentes por setor (2ª etapa de seleção). O terceiro estágio de seleção contemplou a seleção dos indivíduos de cada domicílio a serem entrevistados considerando os estratos: (1) somente adultos; (2) adulto e criança menor de trinta meses; (3) adulto e adolescente; (4) adulto, criança e adolescente. A seleção de pessoas foi equiprovável entre as pessoas dos grupos etários de interesse (criança, adolescente ou adulto), exceto a seleção do responsável pela criança ou pelo adolescente selecionado (geralmente a mãe) que foi incluído com certeza na amostra e, portanto, teve probabilidade de inclusão igual a uma unidade.

O critério de substituição de domicílios particulares permanentes considerou a tentativa de até três visitas pelos entrevistadores, bem como possíveis perdas de entrevistas por estrato etário ou de sexo dentro do domicílio selecionado (recusa de entrevista pelo adulto e/ou adolescente).

Foram elegíveis para este estudo as mulheres adultas, com idade entre 20 e 59 anos, que residiam no Distrito de Campos Elíseos do Município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, que relataram possuir algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista e que não eram gestantes ou lactantes. Das mulheres entrevistadas no estudo de fundo, 644 contemplavam estes critérios de inclusão e exclusão. Como 19 mulheres (2,9%) se recusaram a realizar a antropometria, a amostra de estudo foi de 625 mulheres.

5.3.2 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre abril e novembro de 2010. As informações de interesse foram coletadas por meio de entrevistas face a face com a mulher de referência de cada domicílio. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado (no próprio domicílio da entrevistada), sem a presença do companheiro. Os módulos do questionário voltados às questões de foro íntimo foram aplicados somente por entrevistadores do sexo feminino, de acordo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2001).

As avaliações antropométricas foram realizadas por pessoal treinado e qualificado para tal. Foi solicitado que as mulheres estivessem vestindo apenas roupas leves, descalças e sem qualquer penteado ou adorno na cabeça. A estatura foi avaliada duas vezes considerando sua média, com o estadiômetro da marca WCS[®] (capacidade em 220 cm) colocado em uma superfície plana, lisa e firme. Para a medida do peso foi utilizado balança digital da marca G-Tech[®], com capacidade para 150 kg e precisão de 100g. As mulheres foram pesadas posicionando os pés no centro da plataforma da balança, em posição ereta, com os braços esticados ao longo do corpo, sem se movimentar.

5.3.3 Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis

De acordo com a hipótese central do estudo e a partir da revisão bibliográfica foi elaborado um modelo teórico-conceitual (Figura 1), composto por algumas dimensões que vem sendo mais frequentemente consideradas nas pesquisas sobre as consequências da violência física entre parceiros íntimos na saúde da mulher, bem como as dimensões relacionadas ao estado nutricional de mulheres adultas.

Como pode ser visto na referida Figura, nos níveis mais distais do modelo encontram-se as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas. A primeira dimensão é representada pelas variáveis escolaridade da mulher e do chefe de família categorizada em: até 8º ano do ensino fundamental; 9º ano do ensino fundamental até 2º ano do ensino médio; 3º ano do ensino médio (ensino médio completo) completo mais, Critério de Classificação Econômico Brasil (CCEB), renda familiar per capita mensal e condição da

mulher na família (ser a chefe da família ou não). A segunda dimensão, demográfica, é representada pelas variáveis: idade (em anos) da mulher na data da entrevista, cor da pele/raça categorizada de acordo com a autoclassificação da entrevistada segundo a classificação do IBGE: preta; parda; branca; amarela/indígena (IBGE, 2008) e situação conjugal categorizada em: solteira; casada/vive em união; separada/divorciada; viúva. A dimensão reprodutiva foi representada pelas variáveis: número de gestações anteriores, com as opções de resposta zero e um ou mais e número de filhos vivos, categorizada em nenhum, um dois, entre três e quatro; cinco ou mais filhos.

O nível intermediário é representado pelas dimensões do mal uso de álcool pelo companheiro, o apoio social percebido pela mulher e a violência física entre parceiros íntimos (VFPI) (exposição de interesse central). Para avaliar o mal uso de álcool atual pelo companheiro foi utilizado o instrumento CAGE [(C) *Cut-down*; (A) *Annoyed*; (G) *Guilty*; (E) *Eye-opener*] (Mayfield et al., 1974; Masur & Monteiro, 1983; Moraes et al., 2005) que é amplamente utilizado para a identificação de condições suspeitas de abuso de álcool, por sua boa acurácia, simplicidade de entendimento e facilidade de aplicação. Este instrumento é composto por quatro itens, sendo considerado um caso suspeito de uso inadequado de álcool os indivíduos que respondem afirmativamente a pelo menos dois deles. O apoio social foi captado por meio da escala do *Medical Outcomes Study* (MOS), que objetiva mensurar a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (Sherbourne & Stewart, 1991). Este instrumento, além de conter as principais dimensões de apoio social, apresentou propriedades psicométricas adequadas ao ser adaptado para uso no Brasil (Chor et al., 2001; Griep et al., 2003). O MOS é composto por dezenove itens, organizados originalmente em cinco subescalas, as quais compreendem cinco dimensões funcionais de apoio social: i) material (quatro questões – provisão de recursos práticos e ajuda material); ii) afetivo (três questões – demonstrações físicas de amor e afeto); iii) emocional (quatro questões – expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); iv) interação social positiva (quatro questões – disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem); e v) informação (4 questões – disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Durante sua adaptação transcultural para uso no Brasil, outras formas de organização dos itens em dimensões foram propostas (Griep et al., 2005). Porém, como as performances psicométricas destas propostas ainda estão sendo avaliadas, optamos por considerar a dimensionalidade original do instrumento.

As informações sobre a ocorrência da violência física entre parceiros íntimos foram obtidas por meio da utilização da versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics*

Scale (Straus et al., 1996) (CTS2), adequadamente adaptado para uso no Brasil (Moraes & Reichenheim, 2002). A janela temporal investigada no estudo foi os últimos doze meses. Mulheres que responderam de forma positiva a pelo menos um dos 12 itens da escala de violência física, referentes à violência perpetrada pela mulher e/ou pelo companheiro, foram consideradas em situação de violência física entre parceiros íntimos.

A variável de desfecho, estado nutricional, foi classificado por meio do índice de massa corporal (IMC), expresso em kg/m^2 , calculado para cada mulher. Para a classificação foi empregado o ponto de corte proposto pela OMS (1995), que considera como baixo peso as mulheres com IMC inferior $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$; eutróficas as com IMC entre $18,5$ e $24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; com sobrepeso as com IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; e com obesidade aquelas com o IMC igual ou superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (WHO, 1995). Como a prevalência de baixo peso foi de apenas 1,2% ($n=8$), para fins de análise, estas mulheres foram consideradas na categoria “baixo peso/eutrófica”.

Como apresentado na Figura 1, postula-se que o efeito da VPI no estado nutricional da mulher seja mediado pela ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que poderia estar levando a uma redução da atividade física, aumento do consumo de álcool e de alimentos, levando a um balanço energético positivo. Por serem variáveis intervenientes, estas não foram consideradas nos modelos de análise de dados.

5.3.4 Análise de dados

A primeira etapa do processo consistiu na exploração das variáveis a fim de avaliar a integridade e distribuição das mesmas. Posteriormente, foram exploradas as relações entre as diferentes variáveis, representantes de cada dimensão do modelo e o desfecho por meio da por meio das regressões logísticas multinomiais. Foram consideradas candidatas ao modelo multivariado aquelas que se mostraram associadas ao desfecho, considerando-se o p-valor inferior a 0,25 como ponto de corte e aquelas que necessariamente fazem parte do modelo teórico conceitual.

A análise multivariada foi norteada pelo modelo teórico-conceitual (Figura 1). A ordem de entrada das variáveis no modelo multivariado respeitou a hierarquia entre as dimensões. Além da exposição de interesse central (VFPI), permaneceram no modelo as variáveis que alteraram o efeito da exposição de interesse central VPI em pelo menos 10%, as

com p-valor inferior a 0,05 e aquelas que eram representantes de suas dimensões do modelo teórico.

O processamento dos dados foi realizado no software estatístico R versão 2.14.0 (Team, 2012) e Stata 12.0 (StataCorp, 2011). Visando dar conta da estrutura de conglomeração e demais características do processo de seleção dos indivíduos, a análise foi realizada com a rotina *svy* do programa Stata 12.0 (StataCorp, 2011) para lidar com o fato de os dados serem oriundos de uma amostragem complexa por conglomerados.

5.3.5 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009. No momento da entrevista domiciliar, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado pelos participantes, após esclarecimentos a respeito dos procedimentos a serem realizados, garantia de anonimato e possibilidade de recusa à participação no estudo.

5.4 **Resultados**

A média do IMC foi 27,8 kg/m² [IC95%: 27,0 – 28,7%]. A prevalência de baixo peso foi de 1,2% [IC95%: 0,03 – 2,3%], eutrofia de 32,4% [IC95%: 25,4 – 39,5%], sobrepeso de 36,5% [IC95%: 30,9 – 42,1%] e obesidade foi de 29,9%, [IC95%: 23,3 – 36,4%].

No que se refere à violência física entre parceiros íntimos, 27,1% [IC95%: 19,6 – 34,7%] das mulheres relataram ter se envolvido em pelo menos um ato de agressão física com seu parceiro íntimo nos últimos 12 meses, seja como autora ou como vítima. Na análise bivariada a presença da violência física no relacionamento se mostrou negativamente associada à obesidade [OR 0,34; IC95%: 0,16-0,70; p-valor 0,004] e ao sobrepeso [OR 0,47; IC95%: 0,24-0,99; p-valor 0,049].

O perfil da amostra do estudo é descrito na Tabela 1, observa-se uma elevada parcela de mulheres com capita familiar mensal inferior a um salário mínimo (84,5%), a maioria (70,1%) pertencia a famílias consideradas na classe C, cerca de 70% dos chefes da família e

das mulheres não completaram o Ensino médio e 26,3% destas mulheres consideraram-se como chefes da família. A média de idade destas mulheres foi de 38,6 anos, 43,6% se autoperceberam pardas, 88,7% eram casadas/viviam em união. Com relação ao mal uso de álcool, 11,8% das mulheres e 10,3% dos companheiros foram classificados positivos. Apenas 10,7% das mulheres não tinham filhos e a média do número de filhos foi de 2,2.

Tabela 1 – Descrição da população de estudo. Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).

Variáveis	n	Distribuição % (IC95%)
Renda per capita familiar mensal ^a		
1 ou + salários mínimos	87	15,5 (11,0 – 30,1)
½ – 1 salário mínimo	220	41,5 (35,1 – 47,8)
¼ – ½ salário mínimo	185	30,1 (24,1 – 36,2)
< ¼ salário mínimo	86	12,4 (8,38 – 16,4)
Sem renda	2	0,5 (-0,0 – 1,2)
Nível econômico (ABIPEME) ^b		
Classe B	35	4,1 (1,9 – 6,4)
Classe C	364	70,1 (64,4 – 75,8)
Classe D	152	24,3 (18,7 – 29,9)
Classe E	10	1,4 (-0,0 – 2,8)
Escolaridade do chefe da família		
Ensino médio completo ou mais	185	28,77 (23,29 – 32,24)
9º ano do ensino fundamental/ até 2º ano do ensino médio	209	34,77 (29,83 – 39,92)
Até 8º ano do ensino fundamental	220	36,45 (30,55 – 42,36)
Escolaridade da mulher		
Ensino médio completo ou mais	207	29,71 (24,41 – 35,00)
9º ano do ensino fundamental/ até 2º ano do ensino médio	219	39,75 (33,93 – 45,58)
Até 8º ano do ensino fundamental	197	30,53 (25,55 – 35,52)
Condição da mulher na família		
Chefe da família	166	26,3 (19,2 – 33,3)
Não é a chefe da família	429	73,7 (66,6 – 80,1)
Idade (anos)		
20 – 30	142	20,2 (15,6 – 24,8)
30 – 40	175	37,7 (21,8 – 43,6)
40 – 50	173	24,2 (19,7 – 28,8)
50 – 60	105	17,8 (13,6 – 22,0)
Cor da pele		
Branca	190	33,9 (27,8 – 39,9)
Preta	106	19,1 (14,6 – 23,5)
Parda	275	43,6 (37,3 – 49,9)
Amarela/indígena	24	3,4 (1,8 – 5,0)
Situação conjugal		
Solteira	36	6,1 (3,8 – 8,4)
Casada/vive em união	533	88,7 (84,7 – 92,7)
Separada/divorciada	22	4,4 (1,7 – 7,0)

Tabela 1 – Continuação.

Variáveis	n	Distribuição % (IC95%)
Mal uso de álcool pela mulher		
Não	533	88,2 (84,5 – 91,8)
Sim	62	11,8 (8,2 – 15,5)
Mal uso de álcool pelo companheiro		
Não	533	89,7 (85,8 – 93,7)
Sim	62	10,3 (6,3 – 14,2)
Número de filhos vivos		
Nenhum	51	10,7 (6,2 – 15,3)
1 filho	184	32,4 (24,2 – 39,6)
2 filhos	187	32,2 (26,5 – 37,8)
3 a 4 filhos	143	31,3 (16,8 – 25,9)
5 ou + filhos	30	3,4 (1,8 – 5,0)

^a Renda familiar mensal *per capita* (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores, expressa em múltiplos do salário mínimo vigente no Estado do Rio de Janeiro, que à época do estudo era de R\$581,88 reais).

^b Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2012).
IC95%: intervalo de 95% de confiança

Os resultados da análise bivariada entre as variáveis representantes das dimensões do modelo teórico conceitual e o desfecho são apresentados na Tabela 2. As variáveis que se mostram indicadas ao modelo multivariado foram: escolaridade da mulher, condição da mulher na família, idade, cor da pele, situação conjugal, número de filhos, mal uso de álcool pelo companheiro e a dimensão emocional dentre as cinco dimensões no nível de apoio social percebido pela mulher.

Tabela 2 – Análise bivariada entre o desfecho (estado nutricional) e demais variáveis do modelo teórico conceitual. Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).

Variáveis	Sobrepeso		Obesidade	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Renda per capita familiar mensal ^a				
1 ou + salários mínimos	1,00		1,00	
½ – 1 salário mínimo	1,63 (0,77 – 3,47)	0,194	1,84 (0,90 – 3,79)	0,093
¼ – ½ salário mínimo	1,00 (0,45 – 2,26)	0,981	2,54 (0,98 – 6,61)	0,055
< ¼ salário mínimo	1,14 (0,40 – 3,20)	0,804	1,33 (0,46 – 3,89)	0,592
Sem renda	0,08 (0,01 – 1,32)	0,078	0,00 (0,00 – 0,00)	0,000
Nível econômico (ABIPEME) ^b				
Classe B	1,00		1,00	
Classe C	1,90 (0,81 – 4,44)	0,138	1,33 (0,35 – 5,06)	0,669
Classe D	1,57 (0,54 – 4,52)	0,401	1,33 (0,33 – 5,44)	0,684
Classe E	1,84 (0,25 – 17,73)	0,592	1,06 (0,09 – 12,16)	0,094
Escolaridade do chefe da família				
Ensino médio completo ou mais	1,00		1,00	
9º ano do ensino fundamental/ até 2º ano do ensino médio	1,49 (0,83 – 2,69)	0,179	1,65 (0,77 – 3,53)	0,197
Até 8º ano do ensino fundamental	1,80 (0,95 – 3,40)	0,069	1,64 (0,84 – 3,22)	0,145
Escolaridade da mulher				
Ensino médio completo ou mais	1,00		1,00	
9º ano do ensino fundamental/ até 2º ano do ensino médio	1,26 (0,71 – 2,24)	0,429	1,72 (0,92 – 3,22)	0,091
Até 8º ano do ensino fundamental	1,27 (0,69 – 2,33)	0,434	2,04 (1,11 – 3,78)	0,023
Condição da mulher na família				
Chefe da família	1,00		1,00	
Não é a chefe da família	1,03 (0,63 – 1,69)	0,890	1,27 (0,73 – 2,20)	0,388
Idade (anos) ^c				
	1,00		1,00	
	1,02 (0,99 – 1,05)	0,089	1,03 (0,99 – 1,06)	0,092
Cor da pele				
Branca	1,00		1,00	
Preta	1,40 (0,73 – 2,71)	0,305	1,73 (0,87 – 3,42)	0,114
Parda	2,32 (1,25 – 4,28)	0,008	2,89 (1,49 – 5,60)	0,002
Amarela/indígena	2,65 (0,77 – 9,10)	0,119	1,07 (0,26 – 4,35)	0,925
Situação conjugal				
Solteira	1,00		1,00	
Casada/vive em união	1,98 (0,78 – 5,03)	0,147	1,70 (0,54 – 5,40)	0,358
Separada/divorciada	4,64 (0,88 – 24,56)	0,070	3,39 (0,47 – 24,08)	0,070
Viúva	1,92 (0,18 – 19,88)	0,578	2,49e (5,12e 1,21e)	0,00
Mal uso de álcool pela mulher				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,15 (0,42 – 3,15)	0,779	0,78(0,28 – 2,16)	0,635

Tabela 2 – Continuação

Variáveis	Sobrepeso		Obesidade	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Mal uso de álcool pelo companheiro				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,99 (0,43 – 2,25)	0,984	2,58 (0,93 – 7,18)	0,069
Número de filhos vivos				
Nenhum	1,00		1,00	
1 filho	1,5 (0,64 – 3,73)	0,317	1,54 (0,51 – 4,64)	0,434
2 filhos	2,28 (0,90 – 5,75)	0,079	2,18 (0,77 – 6,19)	0,138
3 a 4 filhos	3,26 (1,27 – 8,38)	0,014	3,25 (1,18 – 8,98)	0,023
5 ou + filhos	3,62 (0,91 – 14,43)	0,067	4,50 (0,86 – 23,46)	0,073
Grávida alguma vez?				
Não	1,00		1,00	
Sim	4,72 (1,81 – 12,26)	0,002	3,30 (1,13 – 9,64)	0,029
Apoio social percebido				
Dimensão material ^c	1,00		1,00	
	1,00	0,625	0,99	0,539
	(0,99 – 1,01)		(0,98 – 1,00)	
Dimensão afetiva ^c	1,00		1,00	
	0,99	0,670	0,99	0,211
	(0,97 – 1,02)		(0,96 – 1,00)	
Dimensão emocional ^c	1,00		1,00	
	0,99	0,182	0,99	0,599
	(0,98 – 1,00)		(0,98 – 1,01)	
Dimensão interação social ^c	1,00		1,00	
	0,99	0,535	0,99	0,271
	(0,97 – 1,01)		(0,97 – 1,01)	
Dimensão informação ^c	1,00		1,00	
	0,99	0,374	0,99	0,613
	(0,98 – 1,00)		(0,98 – 1,01)	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio.

^a Renda familiar mensal *per capita* (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores, expressa em múltiplos do salário mínimo vigente no Estado do Rio de Janeiro, que à época do estudo era de R\$581,88 reais).

^b Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2012).

^c Variável ordinal, tal como foi introduzida no modelo multivariado.

O “odds ratio” ajustado entre a violência física entre parceiros íntimos e o estado nutricional, usando como *baseline* as mulheres que apresentaram o IMC dentro dos padrões de normalidade (eutrofia) são apresentados na Tabela 3. Nota-se que existe uma tendência a uma menor probabilidade de desenvolver o sobrepeso e a obesidade entre mulheres vítimas da violência tanto no modelo bruto (Modelo I) quanto no modelo ajustado (Modelo II e III). No terceiro modelo observa-se que presença de violência física entre parceiros íntimos a

probabilidade de ocorrência de sobrepeso e obesidade é 46% e 65% menor do que quando estas não referem a violência, respectivamente.

Tabela 3 – Análise logística multivariada entre a violência física entre parceiros íntimos e o estado nutricional das mulheres de Campos Elíseos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N=595).

	Modelo I – bruto				Modelo II – ajustado				Modelo III - ajustado			
	Sobrepeso		Obesidade		Sobrepeso		Obesidade		Sobrepeso		Obesidade	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Violência física entre parceiros íntimos	0,46 (0,23 – 0,94)	0,033	0,34 (0,17 – 0,70)	0,004	0,56 (0,27 – 0,15)	0,114	0,39 (0,20 – 0,79)	0,010	0,54 (0,26 – 1,11)	0,093	0,35 (0,19 – 0,66)	0,002
Escolaridade de Mulher ^a	----	----	----	----	1,04 (0,72 – 1,49)	0,815	1,27 (0,87 – 1,84)	0,199	1,01 (0,70 – 1,48)	0,928	1,21 (0,82 – 1,80)	0,323
Idade	----	----	----	----	1,02 (0,99 – 1,05)	0,074	1,02 (0,96 – 1,04)	0,265	1,02 (0,99 – 1,05)	0,209	1,01 (0,98 – 1,04)	0,446
Cor da pele ^a	----	----	----	----	1,44 (1,08 – 1,93)	0,012	1,45 (1,06 – 1,97)	0,019	1,36 (1,02 – 1,81)	0,038	1,35 (0,99 – 1,83)	0,056
Estado civil	----	----	----	----	1,89 (1,10 – 3,24)	0,022	1,46 (0,61 – 3,47)	0,388	1,79 (0,98 – 3,28)	0,059	1,42 (0,63 – 3,15)	0,391
Gravidez	----	----	----	----	----	----	----	----	3,97 (1,42 – 11,11)	0,009	2,53 (0,88 – 7,29)	0,084
Mal uso de álcool pelo companheiro	----	----	----	----	----	----	----	----	0,95 (0,39 – 2,28)	0,916	2,59 (0,85 – 7,88)	0,091
Apoio Social – Dimensão Emocional ^a	----	----	----	----	----	----	----	----	0,99 (0,98 – 1,00)	0,174	0,99 (0,98 – 1,00)	0,484

^a Considerado o escore no modelo multivariado.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio.

5.5 Discussão

Apesar do CCEB indicar que boa parte da amostra de estudo pode ser classificada como de classe média baixa (classe C), a constatação da enorme parcela de mulheres com renda per capita familiar mensal inferior a um salário mínimo (84,5%) e que não concluíram sequer o ensino médio (69,46%) sugere que a população de estudo represente uma população de baixo nível socioeconômico.

A prevalência de violência física entre parceiros íntimos (27,1%) é semelhante à encontrada no estudo de Gaudard e Silva et al. (2012), que estimaram prevalência de 29,1% ao avaliarem as relações entre a VFPI nos primeiros seis meses após o parto e a utilização de serviços de saúde entre 927 mães de crianças menores de seis meses de idade, atendidas em serviços de atenção primária no município do Rio de Janeiro. Contudo, a prevalência do atual estudo foi acima da média estimada no primeiro inquérito nacional, tanto no agregado das dezesseis cidades (20,8%), quanto para o Estado do Rio de Janeiro (22,6%). Ao considerar as regiões em separado nota-se que esta é semelhante às estimativas das regiões Norte e Nordeste (29,8%) (Reichenheim et al., 2006). Possivelmente, os resultados deste estudo caminham na mesma direção das estimativas de regiões também caracterizadas por baixa renda e baixa escolaridade. Entende-se que é fundamental priorizar ações que promovam o combate à violência doméstica, em especial a violência entre parceiros íntimos. Além de detectar a violência, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com estes casos, articulando-se entre si e com outras redes de apoio, tendo em vista a interrupção do processo e o bem-estar destas mulheres.

Os resultados mostram uma elevada prevalência de sobrepeso (36,5%) e obesidade (29,9%), valores superiores ao observado no inquérito conduzido em 2005 nesta mesma população que estimou prevalências de 34,9% de sobrepeso e 22,4% de obesidade nas mulheres (Cunha et al., 2010). Ao se considerar o percentual de excesso de peso percebe-se que este também se elevou entre o primeiro e segundo inquérito. Enquanto que em 2005, este percentual era 57,3, em 2010 66,4% das mulheres apresentavam o problema. O aumento do excesso de peso ao longo dos anos acompanha a evolução do estado nutricional da população feminina adulta brasileira. Enquanto que no inquérito nacional conduzido no ano de 1974⁵, a

⁵ Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef), realizado entre 1974 e 1975.

prevalência de excesso de peso era de 28,7%, em 2009⁶, esta alcançou 48% das mulheres entrevistadas.

Considerando apenas este último inquérito nacional, nota-se que a prevalência de excesso de peso em nossa população (66,4%) foi bem superior às estimativas nacionais (48%). Duas justificativas parecem plausíveis para explicar esta diferença de cerca de 20% entre as estimativas nacionais de excesso de peso e no atual estudo. Uma possível justificativa seria o fato do atual estudo ter sido conduzido especificamente em uma população de baixa renda, mais vulnerável à dinâmica do excesso de peso (Ferreira & Magalhaes, 2005; Monteiro et al., 2007; Velasquez-Melendez et al., 2011). Tal suposição encontra respaldo em Velasquez-Melendez et al. (2011), ao avaliarem dados da terceira edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006/7), observaram que mulheres residentes em domicílios com insegurança alimentar leve apresentavam prevalência 49% maior de obesidade em comparação àquelas que viviam em situação de segurança alimentar. Outra possível explicação diz respeito às diferenças entre as faixas etárias consideradas nos dois estudos. Enquanto aqui trabalhou-se apenas com mulheres adultas (20-59 anos), o inquérito nacional considerou também as mulheres idosas utilizando-se os mesmos critérios dos adultos, uma vez que o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2008) adota pontos de corte propostos pela Associação Dietética Norte-americana (1994) que classifica como eutróficos os idosos com o IMC entre 22 e 27 kg/m².

Os resultados mostraram uma importante associação da exposição à violência física entre parceiros íntimos com o estado nutricional em mulheres. Na presença da violência física entre parceiros íntimos a probabilidade de ocorrência de sobrepeso foi de 46% e de obesidade 65% menor do que quando estas não referiram à violência no relacionamento, refutando a hipótese inicial do estudo de que a ocorrência de VFPI seria um fator de risco para o sobrepeso e obesidade.

Ao comparar estes resultados com os dos quatro estudos já realizados, observa-se que os achados caminham na mesma direção dos conduzidos na Índia, sugerindo uma relação positiva entre a VFPI e a tendência à redução do peso em mulheres (Sethuraman et al., 2006; Ackerson & Subramanian, 2008). Por outro lado, os estudos mais recentes realizados no Egito (Yount & Li, 2011) e nos EUA (Mathew et al., 2012) não corroboram estas conclusões, uma vez que não encontraram associação entre a violência entre parceiros íntimos e o excesso de peso. É possível que a concordância entre os achados do atual estudo e os das pesquisas

⁶ Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

indianas (Sethuraman et al., 2006; Ackerson & Subramanian, 2008) seja decorrente da semelhança entre os domínios dos três estudos, já que todos foram conduzidos em populações de baixa renda e baixa escolaridade. Outra hipótese a ser conjecturada, seria o fato de apenas o presente estudo e o de Ackerson & Subramanian (2008) terem avaliado especificamente VFPI, enquanto que os demais estudos avaliaram a violência entre parceiros íntimos em suas diferentes manifestações. Embora Yount & Li (2011) também tenham utilizado a *Revised Conflict Tactics Scale* (Straus et al., 1996) para a caracterização da violência no estudo em mulheres egípcias, os autores exploraram as violências física, psicológica e sexual de forma conjunta, dificultando a conclusão sobre o efeito específico da violência física. Já o estudo conduzido nos EUA por Mathew et al. (2012) utilizou um instrumento simplificado para a caracterização das situações de violência, e também avaliou as situações de forma inespecífica, impedindo a apreciação dos efeitos da violência física individualmente. Ademais, a população do estudo americano não era constituída predominantemente de mulheres de baixo nível socioeconômico, reduzindo a prevalência do problema e, quem sabe, o poder do estudo para a detecção de associações estatisticamente significativas.

Os achados da pesquisa suscitam reflexões sobre suas possíveis explicações. Segundo Ackerson & Subramanian (2008) o mecanismo que parece mediar esta associação negativa entre VFPI e o estado nutricional considera que o companheiro violento pode ser um controlador do comportamento familiar, que retém a fonte de alimento por meio do abuso psicológico, considerado, portanto como um mediador da relação entre a violência física e a redução da oferta de alimentos, dificultando o ganho de peso da mulher.

É possível também que as repercussões do estresse crônico no dia-a-dia de uma mulher pobre em situação de violência sejam opostas às propostas pelo modelo teórico do presente estudo. É plausível que os distúrbios de alimentação, sono, abuso de álcool, drogas e tabagismo levem à redução de peso e não ao excesso pensado inicialmente (Jasinski J.L., 1998; Krug et al., 2002; Gunter, 2007; Yount & Li, 2011). Tal hipótese é refutada pelos autores que utilizamos como referência para a construção do modelo teórico original do estudo. Como apontado anteriormente, estes sugerem exatamente o contrário, que o estresse está relacionado com o excesso de peso mediado pelo aumento dos níveis de cortisol que estimula o apetite, especialmente para alimentos de alta densidade energética, além do acúmulo de depósito de gordura na região abdominal (Epel et al., 2001; Torres & Nowson, 2007; Foss & Dyrstad, 2011). Entretanto, há também evidências que o estresse aumenta a taxa metabólica basal e o gasto energético (Seematter et al., 2000; Seematter et al., 2002; Seywert et al., 2002), processo que pode causar a perda de peso em indivíduos com uma ingestão

calórica adequada ou limitada (Ackerson & Subramanian, 2008). A divergência entre os estudos é discutida nos artigos de Seematter *et al.* (2000) e Kivimaki *et al.* (2006) que sugerem que o impacto do estresse no ganho ou não de peso pode variar de acordo com o estado nutricional do indivíduo ao longo da vida. Os autores propõem que indivíduos que apresentam excesso de peso na linha de base, quando submetidos a situações desencadeadoras de estresse, aumentam ainda mais o seu peso corporal. Ao contrário eutróficos na linha de base diminuem seu peso corporal quando submetidos a situações desencadeadoras de estresse. Esta hipótese parece bastante interessante, mas que infelizmente, não foi possível testar porque não tivemos acesso ao estado nutricional prévio à exposição à VFPI.

Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de seus pontos positivos e limitações. Dentre os aspectos positivos, destaca-se que este foi o primeiro estudo brasileiro a abordar a relação entre a ocorrência da violência entre parceiros íntimos e o estado nutricional em mulheres. O fato de ter sido um estudo de base populacional também é um ponto forte, pois permite a estimação não enviesada de prevalências dos agravos de interesse. Outro ponto positivo foi a utilização de um instrumento epidemiológico largamente utilizado e validado em diferentes contextos no Brasil para detectar a ocorrência da violência física entre parceiros íntimos, reduzindo a possibilidade de subestimação do problema e viés de má-classificação (Straus *et al.*, 1996; Moraes & Reichenheim, 2002). Um outro aspecto positivo do estudo foi a abordagem multivariada na análise dos dados, orientada por um modelo teórico conceitual, que permitiu avaliação da relação da VFPI e o estado nutricional em mulheres, considerando importantes fatores de confusão no processo.

A principal limitação do estudo diz respeito à estratégia temporal de captação das informações de interesse. Por se tratar de um estudo transversal, em que o processo de coleta de dados não especificou o momento exato da ocorrência das situações de VFPI e tampouco investigou o estado nutricional pregresso da mulher, em um primeiro momento, parece não ser possível afirmar que a exposição tenha precedido o desfecho. Entretanto, considerando-se a cronicidade da violência entre parceiros íntimos ao longo da vida, já relatada por diversos estudos anteriores (Soares, 1999; Krug *et al.*, 2002; WHO, 2005b), espera-se que este período de recordatório seja uma *proxy* da exposição da violência física entre parceiros íntimos ao longo da vida, propiciando um tempo suficiente para a ocorrência de suas consequências nutricionais. Ademais, a relação inversa, ou seja, considerar o estado nutricional da mulher como um fator de risco importante para a ocorrência de VFPI não parece razoável, já que a VPI parece estar muito mais relacionada ao perfil psicológico das vítimas, à história de violência na família de origem, às formas de relacionamento interpessoais permissivos ao uso

da violência como tática de resolução de conflitos entre o casal, à vivência de situações de estresse e às características sócio demográficas da família (Heise, 1998; Jewkes, 2002; Jewkes et al., 2002; Krug et al., 2002; Reichenheim et al., 2011; Roberts et al., 2011).

A impossibilidade de testar a hipótese sugerida nos estudos conduzidos na Índia, por Ackerson & Subramanian (2008) e Sethuraman et al. (2006) de que a VFPI poderia ser um fator de risco para a desnutrição feminina, em função de nosso pequeno tamanho amostral, considerando a baixa prevalência (1,2%) do problema também é outra limitação.

5.6 Conclusão

Os achados deste estudo refutam a hipótese de que a violência física entre parceiros íntimos seja um fator de risco para o excesso de peso em mulheres. Os resultados indicam exatamente o contrário, que as mulheres em situação de VFPI apresentam uma tendência a um menor IMC em relação àquelas que não estão vivendo esta situação. Como visto anteriormente, tais achados vão na mesma direção de dois dos quatro estudos anteriores sobre o tema. É possível que esta situação ocorra apenas em classes menos favorecidas, como as dessa pesquisa e as dos estudos indianos, que não apresentam condições suficientes para o acesso regular a alimentos de alta densidade energética. Mas, por enquanto, esta é apenas uma hipótese. É fundamental que se investiguem essas associações em outros contextos e domínios, e que se abarquem outros aspectos envolvidos no processo, incluindo diferentes avaliações do estado nutricional ao longo da vida, outras formas de violência entre parceiros íntimos, perfil de consumo alimentar. Ainda que cercados de cuidados éticos visando a interrupção ou a redução das situações de violência após a sua detecção, estudos longitudinais também seriam bem vindos. Certamente, a ampliação do número de estudos sobre o tema contribuirá para um melhor entendimento do processo como um todo.

5.7 Referências

Ackerson, L. K. & Subramanian, S. V., 2008. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Am J Epidemiol*, 167:1188-96.

Alvarez, J.; Pavao, J.; Baumrind, N. & Kimerling, R., 2007. The relationship between child abuse and adult obesity among california women. *Am J Prev Med*, 33:28-33.

Anjos, L. A. d., 2006. *Obesidade e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Brasil, 2002. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. In: (S. d. P. d. Saúde., eds.)^(Eds.), (pp. 96). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2008. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. In: (D. d. A. B. Secretaria de Atenção à Saúde, eds.)^(Eds.), (pp. 61). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2009. As violências e os acidentes como problema de saúde pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde. In: *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil* (M. d. Saúde, ed.), pp. 311-336, Brasília.

Brasil, 2011. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde* (S. d. V. e. Saúde, eds.)^(Eds.), (pp. 203 - 224). Brasília: Ministério da Saúde.

Campbell, J.; Jones, A. S.; Dienemann, J.; Kub, J.; Schollenberger, J.; O'Campo, P.; Gielen, A. C. & Wynne, C., 2002. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162:1157-63.

Campbell, J. C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359:1331-6.

Chor, D.; Griep, R. H.; Lopes, C. S. & Faerstein, E., 2001. Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study. *Cad Saude Publica*, 17:887-96.

Cunha, D. B.; de Almeida, R. M.; Sichieri, R. & Pereira, R. A., 2010. Association of dietary patterns with BMI and waist circumference in a low-income neighbourhood in Brazil. *Br J Nutr*, 104:908-13.

Ellsberg, M.; Jansen, H. A.; Heise, L.; Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C., 2008. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371:1165-72.

Epel, E.; Lapidus, R.; McEwen, B. & Brownell, K., 2001. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26:37-49.

Ferreira, V. A. & Magalhaes, R., 2005. Obesity and poverty: the apparent paradox. A study among women from the Rocinha slum, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*, 21:1792-800.

Ford-Gilboe, M.; Merritt-Gray, M.; Varcoe, C. & Wuest, J., 2011. A theory-based primary health care intervention for women who have left abusive partners. *ANS Adv Nurs Sci*, 34:198-214.

Foss, B. & Dyrstad, S. M., 2011. Stress in obesity: cause or consequence? *Med Hypotheses*, 77:7-10.

Greenfield, E. A. & Marks, N. F., 2009. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med*, 68:791-8.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E. & Lopes, C., 2003. Social support: scale test-retest reliability in the Pro-Health Study. *Cad Saude Publica*, 19:625-34.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G. L. & Lopes, C. S., 2005. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study. *Cad Saude Publica*, 21:703-14.

Gunter, J., 2007. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 34:367-88, ix-x.

Haldane, J. B., 1945. On a method of estimating frequencies. *Biometrika*, 33:222-5.

Heise, L. L., 1998. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4:262-90.

Hu, F. B., 2003. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health (Larchmt)*, 12:163-72.

IBGE, 2008. *Notas técnicas: Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE*. . Available:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf [2012, 29 mar].

IBGE, 2010. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 - Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. In: eds.)^(Eds.). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Jasinski J.L., W. L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications.

Jewkes, R., 2002. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359:1423-9.

Jewkes, R.; Levin, J. & Penn-Kekana, L., 2002. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 55:1603-17.

Kiss, L.; Schraiber, L. B.; Heise, L.; Zimmerman, C.; Gouveia, N. & Watts, C., 2012. Gender-based violence and socioeconomic inequalities: does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? *Soc Sci Med*, 74:1172-9.

Kivimaki, M.; Head, J.; Ferrie, J. E.; Shipley, M. J.; Brunner, E.; Vahtera, J. & Marmot, M. G., 2006. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)*, 30:982-7.

- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R., 2002. World report on violence and health. In: eds.)^(Eds.). Geneva.
- Kulie, T.; Slattengren, A.; Redmer, J.; Counts, H.; Eglash, A. & Schrager, S., 2011. Obesity and women's health: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*, 24:75-85.
- Lafta, R. K., 2008. Intimate-partner violence and women's health. *Lancet*, 371:1140-2.
- Masur, J. & Monteiro, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, 16:215-8.
- Mathew, A. E.; Marsh, B.; Smith, L. S. & Houry, D., 2012. Association between Intimate Partner Violence and Health Behaviors of Female Emergency Department Patients. *West J Emerg Med*, 13:278-82.
- Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P., 1974. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 131:1121-3.
- Mendez, M. A.; Monteiro, C. A. & Popkin, B. M., 2005. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am J Clin Nutr*, 81:714-21.
- Midei, A. J. & Matthews, K. A., 2011. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev*, 12:e159-72.
- Midei, A. J.; Matthews, K. A. & Bromberger, J. T., 2010. Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosom Med*, 72:215-23.
- Monteiro, C. A.; Conde, W. L. & Popkin, B. M., 2007. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health*, 97:1808-12.
- Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E., 2002. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica*, 18:783-96.
- Moraes, C. L.; Viellas, E. F. & Reichenheim, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol*, 66:165-73.
- Reichenheim, M. E.; de Souza, E. R.; Moraes, C. L.; de Mello Jorge, M. H.; da Silva, C. M. & de Souza Minayo, M. C., 2011. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, 377:1962-75.
- Reichenheim, M. E.; Moraes, C. L.; Szklo, A.; Hasselmann, M. H.; de Souza, E. R.; Lozana Jde, A. & Figueiredo, V., 2006. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*, 22:425-37.
- Roberts, A. L.; McLaughlin, K. A.; Conron, K. J. & Koenen, K. C., 2011. Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *Am J Prev Med*, 40:128-38.

- Schraiber, L. B.; D'Oliveira, A. F.; Franca-Junior, I.; Diniz, S.; Portella, A. P.; Ludermir, A. B.; Valenca, O. & Couto, M. T., 2007. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica*, 41:797-807.
- Seematter, G.; Dirlewanger, M.; Rey, V.; Schneiter, P. & Tappy, L., 2002. Metabolic effects of mental stress during over- and underfeeding in healthy women. *Obes Res*, 10:49-55.
- Seematter, G.; Guenat, E.; Schneiter, P.; Cayeux, C.; Jequier, E. & Tappy, L., 2000. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 279:E799-805.
- Sethuraman, K.; Lansdown, R. & Sullivan, K., 2006. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. *Food Nutr Bull*, 27:128-43.
- Seywert, A. J.; Tappy, L.; Gremion, G. & Giusti, V., 2002. Effect of a program of moderate physical activity on mental stress-induced increase in energy expenditure in obese women. *Diabetes Metab*, 28:178-83.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32:705-14.
- Silva, A. G.; Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E., 2012. Intimate partner physical violence: an obstacle to initiation of childcare in primary healthcare units in Rio de Janeiro, Brazil? *Cad Saude Publica*, 28:1359-70.
- Soares, B. M., 1999. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- StataCorp, 2011. Stata Statistical Software: Release 12.
- Straus, M. A.; Hamby, S. L.; Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B., 1996. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17:283-316.
- Team, R. D. C., 2012. R: A language and environment for statistical computing (Version 2.14.0). Vienna, Austria.
- Torres, S. J. & Nowson, C. A., 2007. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23:887-94.
- Varcoe, C.; Hankivsky, O.; Ford-Gilboe, M.; Wuest, J.; Wilk, P.; Hammerton, J. & Campbell, J., 2011. Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: a social determinants of health approach. *Can Public Policy*, 37:359-80.
- Velasquez-Melendez, G.; Schlüssel, M. M.; Brito, A. S.; Silva, A. A.; Lopes-Filho, J. D. & Kac, G., 2011. Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. *J Nutr*, 141:898-902.

Whitaker, R. C.; Phillips, S. M.; Orzol, S. M. & Burdette, H. L., 2007. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl*, 31:1187-99.

WHO, 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic - Report of a WHO consultation on obesity. In: (W. H. Organization, eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, 2001. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. In: eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, 2005a. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.

WHO, 2005b. *WHO mutli-country study on women's health and domestic violence against women: Brazil*. Available: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf [2012, 05 Abr].

WHO, 2011. Obesity and overweight. In: *World Health Organization eds.)^(Eds.)*, (pp. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>).

WHO, W. H. O., 1995. Physical Status: the use and interpretation of antropometry. In: (W. H. Organization, eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, W. H. O., 2012. Intimate partner violence: Understanding and addressing violence against women. In: (P. A. H. O. (PAHO), eds.)^(Eds.). Geneva.

Willett, W. C.; Dietz, W. H. & Colditz, G. A., 1999. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*, 341:427-34.

Williamson, D. F.; Thompson, T. J.; Anda, R. F.; Dietz, W. H. & Felitti, V., 2002. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26:1075-82.

Wuest, J.; Ford-Gilboe, M.; Merritt-Gray, M.; Varcoe, C.; Lent, B.; Wilk, P. & Campbell, J., 2009. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med*, 10:739-47.

Yount, K. M. & Li, L., 2011. Domestic violence and obesity in Egyptian women. *J Biosoc Sci*, 43:85-99.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência física entre parceiros íntimos e o excesso de peso são dois problemas de reconhecida relevância e que muito preocupa pesquisadores e profissionais de saúde. Por este motivo tem crescido o interesse sobre seus fatores de risco, de proteção e suas consequências. Tanto as pesquisas no âmbito das violências, como as provenientes de grupos de pesquisa da área de epidemiologia nutricional têm tentado explorar possíveis influências das diferentes formas de violência no estado nutricional da população. Entretanto este esforço ainda é insipiente em nosso País. Esta dissertação é o primeiro estudo brasileiro a pesquisar a relação entre a VFPI e o estado nutricional de mulheres adultas.

Como apresentado na proposta de artigo científico, os resultados do estudo apontam uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, valores superiores ao observado no inquérito conduzido em 2005 nesta mesma população (Cunha et al., 2010). Ao comparar as prevalências observadas neste estudo com os dados nacionais da Pesquisa de Orçamentos Familiares realizado em 2008/09 verifica-se que a prevalência de excesso de peso foi superior as estimativas nacionais (IBGE, 2010a). Dessa forma, percebe-se a importância da abordagem temática sobre alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, atuando tanto na promoção à saúde quanto na vigilância de forma articulada com outros setores, envolvendo também a abordagem de questões psicossociais que podem estar envolvidas nesse processo a fim de prevenir novos casos de excesso de peso e evitar que as mulheres com sobrepeso venham a se tornar obesas.

No que tange a violência física entre parceiros íntimos, o estudo mostrou também elevada prevalência da VFPI (27,1%), que vai de encontro às estimativas de outros estudos conduzidos na população brasileira. Por isso, entende-se que é fundamental priorizar ações que promovam o combate à violência doméstica, em especial a violência entre parceiros íntimos. Os serviços de saúde além de preparados para detectar as situações de violência, devem estar aptos a lidar com estes casos, articulando-se entre si e com outras redes de apoio, tendo em vista a interrupção do processo, a prevenção de episódios futuros e o bem estar destas mulheres.

Os resultados deste estudo revelam uma importante associação da exposição à violência física entre parceiros íntimos com o estado nutricional em mulheres, na medida em que se observa uma redução da probabilidade para a ocorrência de sobrepeso e obesidade ao comparar com mulheres que não referiram à violência no relacionamento. Refutando,

portanto, a hipótese inicial do estudo de que a ocorrência de VFPI seria um fator de risco para o excesso de peso.

No que concerne à literatura sobre as repercussões da violência na saúde das mulheres, para alguns autores, as experiências da VFPI trás como consequências agravos na saúde mental da mulher. Tais consequências são muitas vezes manifestadas por meio de distúrbios psicológicos e comportamentais que por sua vez comprometem a alimentação, a atividade física, o sono, o abuso de álcool, drogas e o tabagismo (Jasinski & Williams, 1998; Krug et al., 2002; Gunter, 2007; Yount & Li, 2011). Inicialmente, havíamos entendido que estas repercussões poderiam levar ao excesso de peso, através da elevação de hormônios estimulantes do apetite e com outros papéis no metabolismo energético, especialmente o cortisol. Entretanto, à luz dos resultados da pesquisa e das referências bibliográficas mais recentes, percebe-se que estas consequências, nem sempre caminham nesta direção. Segundo Seematter *et al.* (2000) e Kivimaki *et al.* (2006), as consequências do estresse no estado nutricional dependem do estado nutricional anterior à exposição ao estresse.

Concluindo, os resultados deste estudo mostram que a VFPI não é um fator de risco para o sobrepeso e a obesidade. Pelo contrário, os achados sugerem que a VFPI reduz a probabilidade da ocorrência do sobrepeso e obesidade. Dessa forma, tais achados vão na mesma direção de dois dos quatro estudos anteriores sobre o tema sugerindo que esta situação talvez ocorra apenas em classes menos favorecidas, como as dessa pesquisa e as dos estudos indianos, que não apresentam condições suficientes para o acesso regular a alimentos de alta densidade energética.

Por isso é fundamental que se investiguem essas associações em outros contextos, domínios e que se abarquem outros aspectos envolvidos no processo, incluindo diferentes avaliações do estado nutricional ao longo da vida, outras formas de violência entre parceiros íntimos, perfil de consumo alimentar, dentre outros aspectos. Certamente, a ampliação do número de estudos sobre o tema contribuirá para um melhor entendimento do processo como um todo.

REFERÊNCIAS

- Aaron, D. J. & Hughes, T. L., 2007. Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. *Obesity (Silver Spring)*, 15:1023-8.
- Ackerson, L. K. & Subramanian, S. V., 2008. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Am J Epidemiol*, 167:1188-96.
- Alvarez, J.; Pavao, J.; Baumrind, N. & Kimerling, R., 2007. The relationship between child abuse and adult obesity among california women. *Am J Prev Med*, 33:28-33.
- Anjos, L. A. d., 2006. *Obesidade e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- APEP, 2012. *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*. Available: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> [2012, 22 mar].
- Batista Filho, M.; Assis, A. M. O. & Kac, G., 2007. Transição Nutricional: conceito e características. In: *Epidemiologia Nutricional* (G. Kac, R. Sichieri, & D. P. Gigante, ed.), pp. 445-460, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bonomi, A. E.; Anderson, M. L.; Reid, R. J.; Carrell, D.; Fishman, P. A.; Rivara, F. P. & Thompson, R. S., 2007. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist*, 47:34-41.
- Bradley, K. A.; Boyd-Wickizer, J.; Powell, S. H. & Burman, M. L., 1998. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA*, 280:166-71.
- Brasil, 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. In: (M. d. Saúde, eds.)^(Eds.). Brasília.
- Brasil, 2002. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. In: (S. d. P. d. Saúde., eds.)^(Eds.), (pp. 96). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, 2005. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In: (S. d. V. e. Saúde, eds.)^(Eds.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, 2011. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde* (S. d. V. e. Saúde, eds.)^(Eds.), (pp. 203 - 224). Brasília: Ministério da Saúde.
- Campbell, J.; Jones, A. S.; Dienemann, J.; Kub, J.; Schollenberger, J.; O'Campo, P.; Gielen, A. C. & Wynne, C., 2002. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162:1157-63.
- Campbell, J. C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359:1331-6.
- Chor, D.; Griep, R. H.; Lopes, C. S. & Faerstein, E., 2001. Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study. *Cad Saude Publica*, 17:887-96.

Costa-Neto, C., 2002. *Vila Rosário: o resgate de uma sociedade pela ciência, pela tecnologia, pelo trabalho e pela compreensão*. Rio de Janeiro: Cálamo Produção Editorial.

Cunha, D. B.; de Almeida, R. M.; Sichieri, R. & Pereira, R. A., 2010. Association of dietary patterns with BMI and waist circumference in a low-income neighbourhood in Brazil. *Br J Nutr*, 104:908-13.

da Rosa, M. I.; da Silva Fde, M.; Giroldi, S. B.; Antunes, G. N. & Wendland, E. M., 2011. The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil. *Cien Saude Colet*, 16:2559-66.

Ellsberg, M.; Jansen, H. A.; Heise, L.; Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C., 2008. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371:1165-72.

Epel, E.; Lapidus, R.; McEwen, B. & Brownell, K., 2001. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26:37-49.

Ferreira, V. A. & Magalhaes, R., 2007. Nutrition and health promotion: recent perspectives. *Cad Saude Publica*, 23:1674-81.

Ferreira, V. A.; Silva, A. E.; Rodrigues, C. A.; Nunes, N. L.; Vigato, T. C. & Magalhaes, R., 2010. Inequality, poverty and obesity. *Cien Saude Colet*, 15 Suppl 1:1423-32.

Ford-Gilboe, M.; Merritt-Gray, M.; Varcoe, C. & Wuest, J., 2011. A theory-based primary health care intervention for women who have left abusive partners. *ANS Adv Nurs Sci*, 34:198-214.

Foss, B. & Dyrstad, S. M., 2011. Stress in obesity: cause or consequence? *Med Hypotheses*, 77:7-10.

Gagliano, A. H. N. P., 2012. *Violência Familiar na infância: fator de risco para o excesso de peso em adolescentes?*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Garcia-Moreno, C., 2002. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 359:1509-14.

Garipey, G.; Wang, J.; Lesage, A. D. & Schmitz, N., 2010. The longitudinal association from obesity to depression: results from the 12-year National Population Health Survey. *Obesity (Silver Spring)*, 18:1033-8.

Goodman, P. E., 2006. The relationship between intimate partner violence and other forms of family and societal violence. *Emerg Med Clin North Am*, 24:889-903.

Greenfield, E. A. & Marks, N. F., 2009. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med*, 68:791-8.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E. & Lopes, C., 2003. Social support: scale test-retest reliability in the Pro-Health Study. *Cad Saude Publica*, 19:625-34.

Grilo, C. M. & Masheb, R. M., 2001. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes Res*, 9:320-5.

Gunter, J., 2007. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 34:367-88, ix-x.

Haldane, J. B., 1945. On a method of estimating frequencies. *Biometrika*, 33:222-5.

Hamberger, L. K., 2005. Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples: toward a gender-sensitive analysis. *Violence Vict*, 20:131-51.

Hasselmann, M. H. & Reichenheim, M. E., 2006. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 20:299-311.

Heise, L.; Ellsberg, M. & Gottmoeller, M., 2002. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet*, 78 Suppl 1:S5-14.

Heise, L. L., 1998. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4:262-90.

Hu, F. B., 2003. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health (Larchmt)*, 12:163-72.

Hussey, J. M.; Chang, J. J. & Kotch, J. B., 2006. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118:933-42.

IBGE, 2008. *Notas técnicas: Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE*. . Available:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf [2012, 29 mar].

IBGE, 2010a. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 - Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. In: eds.)^(Eds.). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE, 2010b. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. In: (O. e. G. Ministério do Planejamento, eds.)^(Eds.). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE, 2011. *Duque de Caxias - RJ*. Available:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> [2011, 19 out].

Jasinski J.L., W. L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications.

Jasinski, J. L. & Williams, L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc.

- Jewkes, R., 2002a. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359:1423-9.
- Jewkes, R., 2002b. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359:1423-29.
- Jewkes, R.; Levin, J. & Penn-Kekana, L., 2002. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 55:1603-17.
- Kendall-Tackett, K., 2002. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl*, 26:715-29.
- Kivimaki, M.; Head, J.; Ferrie, J. E.; Shipley, M. J.; Brunner, E.; Vahtera, J. & Marmot, M. G., 2006. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)*, 30:982-7.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R., 2002. World report on violence and health. In: eds.)^(Eds.). Geneva.
- Kulie, T.; Slattengren, A.; Redmer, J.; Counts, H.; Eglash, A. & Schrage, S., 2011. Obesity and women's health: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*, 24:75-85.
- Lafta, R. K., 2008. Intimate-partner violence and women's health. *Lancet*, 371:1140-2.
- Lash, M. M. & Armstrong, A., 2009. Impact of obesity on women's health. *Fertil Steril*, 91:1712-6.
- Lopes, C. S., 2007. Obesidade e Saúde Mental: evidências e controvérsias. In: *Epidemiologia Nutricional* (G. Kac, R. Sichieri, & D. P. Gigante, ed.), pp. 580, 1 ed., Rio de Janeiro.
- MacMillan, H. L.; Wathen, C. N.; Jamieson, E.; Boyle, M. H.; Shannon, H. S.; Ford-Gilboe, M.; Worster, A.; Lent, B.; Coben, J. H.; Campbell, J. C. & McNutt, L. A., 2009. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 302:493-501.
- Masur, J. & Monteiro, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, 16:215-8.
- Mathew, A. E.; Marsh, B.; Smith, L. S. & Houry, D., 2012. Association between Intimate Partner Violence and Health Behaviors of Female Emergency Department Patients. *West J Emerg Med*, 13:278-82.
- Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P., 1974. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 131:1121-3.
- Midei, A. J. & Matthews, K. A., 2011. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev*, 12:e159-72.
- Midei, A. J.; Matthews, K. A. & Bromberger, J. T., 2010. Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosom Med*, 72:215-23.
- Monteiro, C. A.; Conde, W. L. & Popkin, B. M., 2007. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health*, 97:1808-12.

- Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E., 2002. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica*, 18:783-96.
- Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E., 2007. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 41:695-703.
- Moraes, C. L.; Hasselmann, M. H. & Reichenheim, M. E., 2002. Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples. *Cad Saude Publica*, 18:163-76.
- Moraes, C. L.; Viellas, E. F. & Reichenheim, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol*, 66:165-73.
- Moraes, C. L.; Amorim, A. R. & Reichenheim, M. E., 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet*, 95:254-60.
- Moraes, C. L.; Peres, M. F. T. & Reichenheim, M. E., 2011. Epidemiologia das violências interpessoais. In: *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações* (N. A. Filho, M. Barreto, & M. Z. Rouquayrol, ed.), pp. 527, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Moraes, S. D.; da Fonseca, A. M.; Soares, J. M., Jr.; Bagnoli, V. R.; Souza, M. A.; Arie, W. M. & Baracat, E. C., 2012. Construction and validation of an instrument that breaks the silence: the impact of domestic and/or sexual violence on women's health, as shown during climacterium. *Menopause*, 19:16-22.
- Morse, B. J., 1995. Beyond the Conflict Tactics Scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence Vict*, 10:251-72.
- Reichenheim, M. E.; de Souza, E. R.; Moraes, C. L.; de Mello Jorge, M. H.; da Silva, C. M. & de Souza Minayo, M. C., 2011. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, 377:1962-75.
- Reichenheim, M. E.; Moraes, C. L.; Szklo, A.; Hasselmann, M. H.; de Souza, E. R.; Lozana Jde, A. & Figueiredo, V., 2006. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*, 22:425-37.
- Roberts, A. L.; McLaughlin, K. A.; Conron, K. J. & Koenen, K. C., 2011. Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *Am J Prev Med*, 40:128-38.
- Robertson, K. & Murachver, T., 2011. Women and men's use of coercive control in intimate partner violence. *Violence Vict*, 26:208-17.
- Ruiz-Perez, I.; Plazaola-Castano, J. & Vives-Cases, C., 2007. Methodological issues in the study of violence against women. *J Epidemiol Community Health*, 61 Suppl 2:ii26-31.

- Russell, M.; Martier, S. S.; Sokol, R. J.; Mudar, P.; Jacobson, S. & Jacobson, J., 1996. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health*, 86:1435-9.
- Russell, M.; Martier, S. S.; Sokol, R. J.; Mudar, P.; Bottoms, S.; Jacobson, S. & Jacobson, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 18:1156-61.
- Salles-Costa, R., 2007. Avaliação alimentar em Duque de Caxias (RJ). *Estudos Avançados*, 21:135-142.
- Salles-Costa, R.; Pereira, R. A.; Vasconcellos, M. T. L. d.; Veiga, G. V. d.; Marins, V. M. R. d.; Jardim, B. C.; Gomes, F. d. S. & Sichieri, R., 2008. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição*, 21:99s-109s.
- Saltzman, L. E.; Fanslow, J. L.; McMahon, P. M. & Shelley, G. A., 2002. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. . In: (N. C. f. I. P. a. C. Centers for Disease Control and Prevention, eds.)^(Eds.). Atlanta (GA).
- Sawaya, A. L.; Martins, P.; Hoffman, D. & Roberts, S. B., 2003. The link between childhood undernutrition and risk of chronic diseases in adulthood: a case study of Brazil. *Nutr Rev*, 61:168-75.
- Schraiber, L. B.; D'Oliveira, A. F.; Franca-Junior, I.; Diniz, S.; Portella, A. P.; Ludermir, A. B.; Valenca, O. & Couto, M. T., 2007. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica*, 41:797-807.
- Seematter, G.; Guenat, E.; Schneiter, P.; Cayeux, C.; Jequier, E. & Tappy, L., 2000. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 279:E799-805.
- Selzer, M. L., 1971. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127:1653-8.
- Sethuraman, K.; Lansdown, R. & Sullivan, K., 2006. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. *Food Nutr Bull*, 27:128-43.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32:705-14.
- Shin, S. H. & Miller, D. P., 2012. A longitudinal examination of childhood maltreatment and adolescent obesity: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Child Abuse Negl*, 36:84-94.
- Simon, G. E.; Arterburn, D.; Rohde, P.; Ludman, E. J.; Linde, J. A.; Operskalski, B. H. & Jeffery, R. W., 2011. Obesity, depression, and health services costs among middle-aged women. *J Gen Intern Med*, 26:1284-90.

- Simon, G. E.; Ludman, E. J.; Linde, J. A.; Operskalski, B. H.; Ichikawa, L.; Rohde, P.; Finch, E. A. & Jeffery, R. W., 2008. Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry*, 30:32-9.
- Soares, B. M., 1999. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sokol, R. J.; Martier, S. S. & Ager, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*, 160:863-8; discussion 868-70.
- Sormanti, M. & Shibusawa, T., 2008. Intimate partner violence among midlife and older women: a descriptive analysis of women seeking medical services. *Health Soc Work*, 33:33-41.
- StataCorp, 2011. Stata Statistical Software: Release 12.
- Stockl, H.; Watts, C. & Penhale, B., 2012. Intimate Partner Violence Against Older Women in Germany: Prevalence and Associated Factors. *J Interpers Violence*.
- Straus, M. A.; Hamby, S. L.; Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B., 1996. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17:283-316.
- Swan, S. C.; Gambone, L. J.; Caldwell, J. E.; Sullivan, T. P. & Snow, D. L., 2008. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence Vict*, 23:301-14.
- Team, R. D. C., 2012. R: A language and environment for statistical computing (Version 2.14.0). Vienna, Austria.
- Tetterton, S. & Farnsworth, E., 2011. Older women and intimate partner violence: effective interventions. *J Interpers Violence*, 26:2929-42.
- Torres, S. J. & Nowson, C. A., 2007. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23:887-94.
- Varcoe, C.; Hankivsky, O.; Ford-Gilboe, M.; Wuest, J.; Wilk, P.; Hammerton, J. & Campbell, J., 2011. Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: a social determinants of health approach. *Can Public Policy*, 37:359-80.
- Velasquez-Melendez, G.; Schlusel, M. M.; Brito, A. S.; Silva, A. A.; Lopes-Filho, J. D. & Kac, G., 2011. Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. *J Nutr*, 141:898-902.
- Waiselfisz, J. J., 2012. Mapa da violência 2012. Os novos padrões a violência homicida do Brasil. In: *Caderno complementar 1: Homicídio de mulheres no Brasil* (I. Sangari, eds.) (Eds.). São Paulo.
- Whitaker, R. C.; Phillips, S. M.; Orzol, S. M. & Burdette, H. L., 2007. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl*, 31:1187-99.

WHO, 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic - Report of a WHO consultation on obesity. In: (W. H. Organization, eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, 2001. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. In: eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, 2005. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Brazil*. Available: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf [2012, 05 Abr].

WHO, 2011. Obesity and overweight. In: *World Health Organization eds.)*^(Eds.), (pp. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>).

WHO, W. H. O., 1995a. Physical Status: the use and interpretation of antropometry. In: (W. H. Organization, eds.)^(Eds.). Geneva.

WHO, W. H. O., 1995b. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. In: (W. H. ORGANIZATION, eds.)^(Eds.). Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series, n^o 854.

Willett, W. C.; Dietz, W. H. & Colditz, G. A., 1999. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*, 341:427-34.

Williamson, D. F.; Thompson, T. J.; Anda, R. F.; Dietz, W. H. & Felitti, V., 2002. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26:1075-82.

Wuest, J.; Ford-Gilboe, M.; Merritt-Gray, M.; Wilk, P.; Campbell, J. C.; Lent, B.; Varcoe, C. & Smye, V., 2010. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*, 19:1665-74.

Yount, K. M. & Li, L., 2011. Domestic violence and obesity in Egyptian women. *J Biosoc Sci*, 43:85-99.

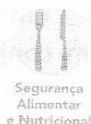
Yount, K. M.; DiGirolamo, A. M. & Ramakrishnan, U., 2011. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med*, 72:1534-54.

Zhao, G.; Ford, E. S.; Dhingra, S.; Li, C.; Strine, T. W. & Mokdad, A. H., 2009. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *Int J Obes (Lond)*, 33:257-66.

Zhao, G.; Ford, E. S.; Li, C.; Tsai, J.; Dhingra, S. & Balluz, L. S., 2011. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *BMC Psychiatry*, 11:130.

Ziaei, S.; Naved, R. T. & Ekstrom, E. C., 2012. Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Matern Child Nutr*.

ANEXO A - Termo de Consentimento



Universidade Federal do Rio de Janeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Universidade Federal Fluminense – IBGE

Título do Estudo: Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas no período de 2005 a 2009 em Duque de Caxias.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PARA ADOLESCENTES e ADULTOS (INDIVIDUAL)

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa desenvolvida por um grupo de pesquisadores Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, Instituto Nacional do Câncer e IBGE.

O estudo pretende avaliar possíveis associações da alimentação e estado nutricional com alterações na saúde como a hipertensão (pressão alta), dos moradores do segundo distrito de Duque de Caxias. Ela será realizada através de questionários com perguntas sobre a alimentação, saúde e informações condições de moradia, renda familiar, idade entre outras, e de exames complementares (medida do peso, altura e pressão sanguínea).

Sua casa será visitada por entrevistadores, identificados com uso de crachá. Eles aplicarão um questionário com as crianças, os adolescentes e os adultos que morarem na sua casa. Neste dia, o peso, a altura e as medidas das circunferências da cintura e do quadril das pessoas com idade acima de doze anos serão avaliados, através de balanças e fitas próprias para as medidas. Você será informado se estas medidas estão adequadas para sua idade e seu sexo.

Também será avaliada a medida de pressão sanguínea neste dia sendo este procedimento totalmente sem risco para as pessoas, sendo informado logo após a medida da pressão o valor encontrado. Caso sua medida de pressão arterial esteja fora do padrão, você será informado imediatamente e receberá informações de como proceder para procurar um serviço de saúde para ajuda de um profissional especializado. Se você quiser, poderá entrar em contato com os profissionais de nutrição no telefone que consta no final do impresso que está escrito o valor do peso, da altura e da sua pressão sanguínea, para obter maiores informações.

Garantimos que todos os procedimentos que serão realizados, ou seja, medida de peso, altura, pressão arterial, não oferecerão riscos para a sua saúde.

Esclarecemos ainda que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da sua participação no estudo. Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode decidir não participar desse estudo ou desistir de participar a qualquer momento.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese, sendo os resultados apresentados em conjunto, não sendo possível a identificação das pessoas que participaram do estudo.

Com Quem Você Deve Entrar em Contato em Caso de Dúvida:

Se você tem alguma questão ou dúvidas sobre a pesquisa você pode entrar em contato com a Dra. Rosana Salles da Costa no Instituto de Nutrição, Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número, Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, 2º andar, telefone: 21-2562-6679, ou por e-mail: rosana_salles@terra.com.br

Suas dúvidas podem também ser enviadas para o Comitê de Ética do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da UFRJ, Praça Jorge Machado Moreira, 100. Cidade Universitária – Ilha do Fundão/Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 2598-9328 - www.iesc.ufrj.br.

Declaração de Consentimento:

Declaro que li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Nome do Participante

Assinatura do Participante (ou seu representante legal)

Data: _____

Atenção - para os adolescentes de 12 a 17 anos, o responsável deverá assinar.

Assinatura da pessoa que explicou o consentimento informado

Data: _____

Coordenação: Dra. Rosana Salles da Costa – Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número. Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Nutrição, 2º andar – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tel: 2562-6679.

ANEXO B – Questionário

Informações sobre relacionamento amoroso, escolaridade, trabalho, cor/raça e uso de álcool do companheiro e violência entre parceiros íntimos (CTS2).

N° de ordem: __ __	Nome da MULHER com 19 anos ou mais: _____
Você teve algum relacionamento amoroso nos últimos doze meses?	
1	<input type="checkbox"/> Sim (PULAR PARA 2)
2	<input type="checkbox"/> Não – entrevista termina aqui.
Foi apenas um ou foi mais de um nestes últimos doze meses?	
1	<input type="checkbox"/> Apenas um (continuar entrevista)
2	<input type="checkbox"/> Mais de um - Qual deles foi o relacionamento mais marcante para você? (aquele que você acha que não vai esquecer, seja pelo lado bom ou seja pelo lado ruim) - Este é o escolhido para a aplicação do questionário
Este companheiro reside neste domicílio?	
1	<input type="checkbox"/> Sim (PULAR PARA 9)
2	<input type="checkbox"/> Não
Primeiro nome do companheiro: _____	
Idade do companheiro: __ __	
Qual o curso que o seu companheiro frequenta ou o curso mais elevado que ele frequentou?	
0	<input type="checkbox"/> Analfabeto/Primário incompleto/ até a 3ª. Série fundamental
1	<input type="checkbox"/> Primário completo/ ginasial incompleto/até 4º série do ensino fundamental
2	<input type="checkbox"/> Ginásial completo/ colegial incompleto/ fundamental completo
4	<input type="checkbox"/> Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo
8	<input type="checkbox"/> Superior completo
Nos últimos 30 dias, você teve algum tipo de trabalho remunerado?(Considerar também atividade de produção agrícola, venda ou prestação de serviço no próprio domicílio) - (ler até opção 4)	
1	<input type="checkbox"/> Sim, teve trabalho remunerado
2	<input type="checkbox"/> Sim, teve trabalho remunerado, mas está afastado por motivo de férias, licença, doença etc.
3	<input type="checkbox"/> Não teve trabalho remunerado
4	<input type="checkbox"/> Nunca trabalhou
5	<input type="checkbox"/> Ou é aposentado/pensionista
O censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como classificaria a cor ou raça do seu companheiro?	
1	<input type="checkbox"/> Preta
2	<input type="checkbox"/> Parda
3	<input type="checkbox"/> Branca
4	<input type="checkbox"/> Amarela
5	<input type="checkbox"/> Indígena

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu companheiro atual, de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano”.

9. O seu companheiro bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

Se não, CONFIRME com a respondente se ele não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais

1. Sim 2. Não

Mantida a resposta “não”, vá à questão 26

9.1 Alguma o seu companheiro sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?

1. Sim 2. Não

9.2 As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1. Sim 2. Não

9.3 O seu companheiro se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

1. Sim 2. Não

9.4 O seu companheiro costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1. Sim 2. Não

“Os casais têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer”.

“Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir nos últimos doze meses”.

Instruções para preenchimento:

Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se “isto já aconteceu”. Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

ATENÇÃO:

‡ Para as questões de negociação, as opções de resposta são: 0. Não 1. Sim

Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez?”

Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”

Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?

Seu (ex)companheiro (a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?

Você explicou para seu (ex)companheiro (a) o que você não concordava com ele?

Seu (ex)companheiro (a) explicou para você o que ele não concordava com você?

Você insultou ou xingou o seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?

Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?

Você jogou alguma coisa no seu (ex)companheiro (a) que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?

Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?

Você torceu o braço do seu (ex)companheiro (a) ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”	
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	<input type="checkbox"/>
Você deu um empurrão no seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você usou uma faca ou arma contra o seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você chamou o seu (ex)companheiro (a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você deu um murro ou acertou o seu (ex)companheiro (a) com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”	
Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu (ex)companheiro (a) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você sufocou ou estrangulou seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez ?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você gritou ou berrou com o seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
O seu (ex)companheiro (ou a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você jogou o seu (ex)companheiro (a) contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (oa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	<input type="checkbox"/>
Você deu uma surra no seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”	
Você segurou o seu (ex)companheiro (a) com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você deu um tabefe ou bofetada no seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	<input type="checkbox"/>

Seu (ex)companheiro (a) fez isso?	_
Você queimou ou derramou líquido quente em seu (ex)companheiro (a) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Você acusou o seu (ex)companheiro (a) de ser "ruim de cama"? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
"Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro..."	
Você fez alguma coisa para ofender o seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Você chutou o seu (ex)companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	_
Seu (ex)companheiro (a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	_
Você impediu seu (ex)companheiro (a) de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) impediu você de sair de casa, ver ou falar com seus parentes?	_
Você queimou seu (ex)companheiro (a) com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? Isto aconteceu mais de uma vez?	_
Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você?	_

Antropometria (peso, estatura e circunferência da cintura)

Nº de ordem: |_|_| Nome do adolescente, adulto: _____

1. Antropometria:

- 1 Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)
 2 Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)
 3 Recusada

2. Peso _ _ _ , _ kg	4. Circunferência da cintura: 1ª _ _ _ , _ cm
3. Altura VISOR: _ _ _ , _ cm	2ª _ _ _ , _ cm
1ª _ _ _ , _ cm	5. Circunferência do quadril: 1ª _ _ _ , _ cm
2ª _ _ _ , _ cm	2ª _ _ _ , _ cm

Informações sobre o consumo de álcool pelas mulheres, estado civil e trabalho

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano”.

“Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse todas as perguntas”.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

24.1. Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

Se não, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais.

Mantida a resposta “não”, vá à questão 25

1 Sim

2 Não

24.2. Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?

Anote a resposta especificando o tipo de bebidas e converta em doses depois

_____ |__|__|

24.3. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?

1 Sim

2 Não

24.4. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1 Sim

2 Não

24.5. Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?

1 Sim

2 Não

24.6. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?

1 Sim

2 Não

Mudando de assunto...

25. Qual é o seu estado civil ou situação conjugal atual?

1 Solteiro(a)

2 Casado(a) ou vive com companheira(o)

3 Separado(a), divorciado(a) ou desquitado(a)

4 Viúvo(a)

26. Nos últimos 30 dias, você teve algum tipo de trabalho remunerado?(Considerar também atividade de produção agrícola, venda ou prestação de serviço no próprio domicílio) - (ler até opção 5)

- 1 Sim, teve trabalho remunerado
- 2 Sim, teve trabalho remunerado, mas está afastado por motivo de férias, licença, doença etc.
- 3 Não teve trabalho remunerado (PULAR PARA A PERGUNTA 30)
- 4 Nunca trabalhou (PULAR PARA A PERGUNTA 31)
- 5 É aposentado/pensionista

27. Qual é a sua ocupação atualmente?

Codificação posterior

--	--

Informações sobre apoio social da mulher

35. A seguir, vou fazer algumas perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, de apoio ou de ajuda.

35.1 Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.2 Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para ouvi-lo, quando você precisar falar?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.3 Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.4 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para levá-lo ao médico?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.5 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.6 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.7 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.8 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.9 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.10 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.11 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.12 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.13 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.14 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.15 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.16 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.17 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

35.18 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?**

- 1 Nunca
 - 2 Raramente
 - 3 Às vezes
 - 4 Quase sempre
 - 5 Sempre
-

35.19 Se você precisar...**Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?**

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

Informações sobre cor/raça da mulher**37. O censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?**

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

Informações sobre nível socioeconômico da família

04. Nessa residência tem... (marcar com "X" a quantidade correspondente de cada item)						
1	Geladeira simples?	0	1	2	3	4+
2	Geladeira duplex?	0	1	2	3	4+
3	Freezer?	0	1	2	3	4+
4	Máquina de lavar roupa?	0	1	2	3	4+
5	Vídeo cassete ou DVD?	0	1	2	3	4+
6	Rádios	0	1	2	3	4+
7	Banheiros (exclusivo da família)	0	1	2	3	4+
8	TV a cores	0	1	2	3	4+
9	Empregadas mensalistas	0	1	2	3	4+
10	Automóveis	0	1	2	3	4+
05. Em geral, qual a renda total aproximada da sua família incluindo salários, aposentadorias, pensões e outros rendimentos como aluguéis?						
R\$ _ _ . _ _ _						
06. Quantas pessoas dependem desta renda, ou seja, precisam desta renda para o dia a dia?						
_ _						
-						

Identificação e caracterização dos moradores da família

01. Contando com você e excluindo empregados que trabalham na sua residência e pessoas que alugam quartos, quantas pessoas da sua família moram nessa residência, inclusive as crianças?							
_ _ pessoas							
02. Agora eu gostaria que você me dissesse o nome de todas as pessoas de sua família que moram nessa residência (LISTAR TODOS OS MORADORES DA FAMÍLIA. QUANDO HOUVER MAIS DE UMA FAMÍLIA, LISTAR A QUE MORA HÁ MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA. O N° DE MORADORES DEVE SER IGUAL AO N° FINAL DA PERGUNTA ANTERIOR, OU SEJA, DEVE-SE EXCLUIR EMPREGADOS E QUEM ALUGA QUARTOS).							
02.1. N° de ordem	02.2. Nome	02.3. Condição na família	02.4. Sexo 1. Masculino 2. Feminino	02.5. Data de nascimento (dia/mês/ano)	02.6. Idade	02.7. Recusa 1. Sim 2. Não	02.8. Qual o curso que _____ frequenta? (ou qual o curso mais elevado que _____ frequentou)? 0 – Analfabeto/Primário incompleto/ até a 3ª. Série fundamental 1 – Primário completo/ ginásial incompleto/até 4º série do ensino fundamental 2 – Ginásial completo/ colegial incompleto/ fundamental completo 3 – Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo 4 – Superior completo

Condição na família (EM RELAÇÃO AO CHEFE DE FAMÍLIA)							
1	2	3	4	5	6	7	8
Chefe	Cônjuge	Filho (a) biológico	Filho (a) não biológico	Enteado (a)	Neto(a)	Irmão (ã)	Pai
9	10	11	12	13		14	15
Mãe	Genro	Nora	Outro parente				Agregado(a)

1	2	3	4	5	6	7	8
Chefe	Cônjuge	Filho (a) biológico	Filho (a) não biológico	Enteado (a)	Neto(a)	Irmão (ã)	Pai
9	10	11	12	13		14	15
Mãe	Genro	Nora	Outro parente				Agregado(a)

