



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Tatiana Henriques Leite

**Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a
violência entre parceiros íntimos**

Rio de Janeiro

2018

Tatiana Henriques Leite

Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

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

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L533 Leite, Tatiana Henriques.

Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos / Tatiana Henriques Leite. – 2018.
175 f.

Orientadora: Claudia Leite de Moraes.

Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência por parceiro íntimo – Teses. 2. Mulheres – Teses. 3. Renda – Teses. 4. Fatores socioeconômicos – Teses. 5. Revisão – Teses. I. Moraes, Claudia Leite de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.44.9-058.833

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

Assinatura

Tatiana Henriques Leite

Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 31 de julho de 2017.

Banca Examinadora:

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

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

Prof^a. Dra. Rosana Salles da Costa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Rosangela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^a. Dra. Suely Ferreira Deslandes
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a todas as mulheres e em especial a minha filha Maria Júlia. Que essa pesquisa possa ser um “tijolinho” na construção de uma sociedade com igualdade de gênero e sem violência contra a mulher.

AGRADECIMENTO

Ao Vitor, meu marido, companheiro e primeiro leitor, obrigada pelo apoio, incentivo e por dividir comigo o fardo e as delícias de ser um doutorando.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo emocional e por se orgulharem de mim e do meu trabalho em todas as etapas da minha vida; e ao Nem, por ser o melhor irmão do mundo, mantendo o meu computador “vivo” a qualquer hora e de qualquer lugar.

A minha orientadora, Prof.^a Claudia Leite de Moraes, pela paciência, carinho e toda a dedicação nesses seis anos de convívio. Sem dúvida, você foi a professora que mais contribuiu para a minha formação em Epidemiologia.

Aos professores José Uelers Braga e Michael Eduardo Reichenheim pela ajuda nas análises dos artigos. Não seria possível sem a contribuição de vocês.

A todos os professores do IMS.

A todos os alunos do PIEVF (2012 – 2018) pelo companheirismo, ajuda e acolhimento durante esse período.

A todos os amigos que fiz na Uerj.

À Capes pelo incentivo financeiro (fundamental).

RESUMO

LEITE, Tatiana Henriques. **Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos**. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O objetivo geral desta tese foi avaliar as relações entre a obtenção de recursos através de programas de transferência de renda e microcrédito e a violência entre parceiros íntimos (VPI). A primeira etapa da tese foi a realização de uma revisão sistemática para investigar a influência da renda dos programas de microcrédito (PM) e da transferência de renda (PTR) no risco de VPI física, psicológica e sexual contra a mulher (artigo 1). Para esse objetivo, realizou-se uma busca em nove bases de dados. A seleção de artigos foi realizada por dois pesquisadores que trabalharam de forma independente. Os resultados são apresentados no artigo intitulado *“Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is sufficient to decrease intimate partner violence? Evidence from a comprehensive systematic review”*. Foram selecionados 32 artigos. Como resultado principal, foi observado que o efeito da renda obtida através dos programas de empoderamento econômico na VPI física e física e/ou sexual (válido para Bangladesh) e psicológica (somente programas de transferência de renda) é heterogêneo, podendo reduzir, não ter efeito ou mesmo aumentar o risco de violência, a depender do contexto social. Há poucas evidências sobre violência psicológica e PM. PM e PTR parecem não ter impacto sobre VPI sexual. O segundo artigo da tese teve por objetivo avaliar se ser beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) poderia ser considerado fator de proteção contra a VPI física e psicológica contra a mulher, considerando a possibilidade da renda *per capita* familiar atuar como modificador do efeito na relação entre PBF e VPI (artigo 2). As informações que subjazem à pesquisa originaram-se de um inquérito domiciliar realizado município de Duque de Caxias, em 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 do estudo incluiu 807 mulheres que no período da entrevista relataram ter tido algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores e não participavam de outro programa de transferência de renda, exceto o Bolsa Família. As informações foram obtidas por meio de entrevista, utilizando-se um questionário estruturado, contendo instrumentos previamente validados, como a *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para a mensuração das violências. Utilizou-se a análise de caminhos por multigrupos na análise de dados, o que permitiu explorar as relações entre as violências e o PBF em dois grupos de renda distintos. Os resultados são apresentados no artigo *“O impacto do benefício do PBF na violência entre parceiros íntimos: uma análise de caminhos via multigrupo”*. Os resultados apontam que a renda do PBF aumenta diretamente a ocorrência de violência psicológica e indiretamente a violência física somente entre famílias com a renda *per capita* superior a 140 reais. No estrato mais pobre da população de estudo, não houve efeito do programa em relação às violências. Considerando os resultados dos dois artigos, é precipitado indicar cointervenções focadas na promoção da igualdade de gênero em paralelo às ações econômicas dos PTR e PM. No entanto, caso os resultados do segundo artigo sejam replicados em outros contextos sociais, vale a pena propor ações dessa natureza em paralelo às ações de empoderamento econômico feminino.

Palavras-chave: Violência entre Parceiros Íntimos. Programas de Transferência de Renda. Microcrédito. Revisão Sistemática. Intervenção. Análise de Caminhos.

ABSTRACT

LEITE, Tatiana Henriques. **Women's Economic Empowerment Programs and their association with Intimate Partner Violence**. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The general objective of this thesis was to evaluate the relationship between obtaining resources through Income Transfer Programs and Microcredit and Inner Partner Violence (IPV). The first step of the thesis was to carry out a systematic review to investigate the influence of income from Microcredit Program (MP) and Cash Transfer Programs (CTP) on the risk of physical, psychological and sexual IPV against women (Article 1). For this purpose, we searched 9 databases. The selection of articles was carried out by two researchers who worked independently. Results are presented in the article entitled "Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is sufficient to decrease intimate partner violence? Evidence from a comprehensive systematic review ". We selected 32 articles. As the main result, it was observed that the effect of income obtained through economic empowerment programs in physical and physical and/or sexual (valid for Bangladesh) and psychological IPP (income transfer programs only) is heterogeneous and may reduce, or even increase the risk of violence depending on the social context. There is little evidence of psychological violence and MP. MP and CTP appear to have no impact on sexual IPV. The second article of the thesis had as objective to evaluate if being a beneficiary of the Bolsa Família Program (PBF) could be considered a protection factor against physical and psychological IPV against women, considering the possibility of family per capita income to act as a modifier of the effect on the relationship between PBF and IPV (Article 2). The information that underlies the research originated from a household survey conducted in the municipality of Duque de Caxias, in 2010. The study population was selected by cluster sampling in three stages (census tract, domicile, individual) with sampling techniques for the selection of households. The study sample included 807 women who in the interview period reported having had some love relationship in the previous 12 months and did not participate in any other income transfer program except Bolsa Família. The information was obtained through an interview using a structured questionnaire containing previously validated instruments, such as the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) for the measurement of violence. We used the analysis of paths by multi groups in the data analysis which allowed to explore the relations between the violence and the PBF in two different income groups. The results are presented in the article "The Impact of PBF Benefit on Intimate Partner Violence: An Analysis of Multi-Group Pathways". The results indicate that the income of the PBF directly increases the occurrence of psychological violence and indirectly the physical violence only among families with per capita income higher than 140 reais. In the poorest stratum of the study population, there was no effect of the program on violence. Considering the results of the two articles it is hasty to indicate co-interventions focused on the promotion of gender equality in parallel with the economic actions of the CTP and MP. However, if the results of the second article are replicated in other social contexts, it is worth proposing actions of this nature in parallel to the actions of female economic empowerment.

Keywords: Intimate Partner Violence. Cash Transfer Programs. Microcredit. Systematic review. Intervention. Path Analysis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASA	Association for Social Advancement
BRAC	Bangladesh Rehabilitation Assistance Commottee
BSEP	Benefício de Superação da Extrema Pobreza
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CTS	<i>Conflict Tactics Scales</i>
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IM	Indices modification
IMAGE	Microfinance for AIDS and Gender Equily
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome
MEE	Modelo de Equação Estrutural
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Mundial das Nações Unidas
PBF	Programa Bolsa Família
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PM	Programas de Microcréditos
PSF	Posto de Saúde da Família
PTR	Programas de Transferências de Renda
SA	Segurança alimentar
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VPI	Violência entre parceiros íntimos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
1.1	Conceito, magnitude e repercussões da violência entre parceiros íntimos...	15
1.1.1	<u>Definição, tipologia e magnitude da VPI.....</u>	15
1.1.2	<u>Fatores de risco para ocorrência de VPI.....</u>	18
1.1.2	<u>Consequências da VPI na saúde da mulher e de outros membros da família.....</u>	23
1.2	Programas de microcrédito e transferência de renda como promotores do desenvolvimento.....	25
1.2.1	<u>Conceituação, histórico e objetivos dos programas de microcrédito.....</u>	25
1.2.2	<u>Conceituação, histórico e objetivos dos programas de transferência de renda...</u>	27
1.2.3	<u>Programas de transferência de renda no Brasil: o Programa Bolsa Família (PBF).....</u>	28
1.3	Teorias e evidências sobre programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos.....	33
1.3.1	<u>Teorias explicativas sobre as relações entre aumento de renda da mulher e violência entre parceiros íntimos.....</u>	33
1.3.2	<u>Algumas evidências empíricas sobre o tema.....</u>	35
1.3.3	<u>Algumas revisões sistemáticas sobre o tema.....</u>	39
1.3.4	<u>Evidências nacionais sobre as relações entre o Programa Bolsa Família (PBF) e a violência entre parceiros íntimos.....</u>	41
2	JUSTIFICATIVA.....	45
3	OBJETIVO.....	47
3.1	Objetivo geral.....	47
3.2	Objetivo específico.....	47
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	48
4.1	Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is sufficient to decrease intimate partner violence? Evidence from a comprehensive systematic review (manuscrito 1).....	48
4.2	Programa Bolsa Família e suas associações com a violência entre parceiros íntimos: uma análise de caminhos via multigrupo (manuscrito 2).....	56
5	RESULTADOS.....	64

5.1	Manuscrito 1	64
5.2	Manuscrito 2	104
	CONCLUSÕES	127
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICE - Análises de caminhos no Mplus.....	142
	ANEXO A - Questionários SANDUC 2010.....	145
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	169

INTRODUÇÃO

A presente tese está vinculada a uma pesquisa maior, intitulada "Variação da Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas, no período de 2005 a 2009/2010, no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro". Todo o seu desenvolvimento foi coordenado pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e realizado em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Escola Nacional de Ciências Estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No contexto da pesquisa, foram coletadas informações sobre violência entre parceiros íntimos (VPI), visto que algumas pesquisas têm identificado a violência como um dos fatores de risco psicossociais para a insegurança alimentar (CHILTON; BOOTH, 2007; HERNANDEZ et al., 2014).

Este subprojeto, denominado “Programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos” está sendo desenvolvido no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF). O PIEVF foi criado em 1999 e está sediado no Instituto de Medicina Social da UERJ. Atualmente, contempla diferentes projetos de pesquisas, que abrangem 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; e (6) desenvolvimento de programas computacionais e aplicação de métodos estatísticos e epidemiológicos especiais. Este subprojeto está inserido na vertente três e tem a VPI, como tema principal.

A VPI é um grave problema de saúde pública, e estratégias para o seu enfrentamento têm sido incentivadas em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a valorização da mulher através do desenvolvimento socioeconômico pode ser considerada fator chave na prevenção da VPI (WHO, 2011). Alguns autores apontam que a implementação de programas de transferência de renda e microcrédito seriam elementos importantes na construção da autonomia feminina, um dos importantes pilares para a não aceitação da VPI. Há evidências, ainda que sem consenso na literatura, de que esse tipo de intervenção poderia contribuir para o empoderamento da mulher e o rearranjo da estrutura de poder familiar, reduzindo, em consequência, a VPI.

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) tem a mulher como a sua beneficiária preferencial. É plausível pensar que o empoderamento econômico vivenciado por essas mulheres com o recebimento da renda possa contribuir para a diminuição da VPI no contexto nacional. No entanto, até o momento, há poucos estudos que tenham explorado as associações entre o PBF e a VPI.

Visando ampliar o debate sobre o tema, esta tese teve dois objetivos principais: (1) investigar, através de uma revisão sistemática, a influência da participação da mulher em Programas de Transferência de Renda (PTR) e Microcrédito (PM) no risco de VPI física, psicológica e sexual contra a mulher; (2) avaliar se ser beneficiária do Programa Bolsa Família pode ser considerado fator de proteção para a ocorrência de VPI física e psicológica contra a mulher, considerando a possibilidade da renda *per capita* familiar atuar como modificador do efeito na relação entre PBF e VPI.

Com a finalidade de apresentar o estudo que embasou esta tese, o documento está organizado em nove capítulos. O primeiro, “Revisão da Literatura”, contextualiza o tema da pesquisa e está dividido em três seções. Inicialmente, apresentam-se as definições e a magnitude da VPI nos âmbitos mundial e nacional, seus fatores de risco e principais consequências na saúde da mulher. Na segunda subseção, é apresentado o histórico sobre os PTR e PM, suas principais definições e características, com ênfase no PBF. Todo o conteúdo da primeira e segunda subseção é importante para fundamentar a hipótese geral da tese. Esta será apresentada na terceira seção, juntamente com teorias e evidências empíricas sobre possíveis associações entre programas de crédito/renda e VPI.

Em continuidade, a segunda seção da tese explora as justificativas para a realização dessa pesquisa. Na terceira seção, foram descritos os objetivos. Na quarta parte do documento são relatados os métodos utilizados na realização dos dois artigos científicos que apresentam os resultados da pesquisa, expostos, por sua vez, no quinto capítulo. Enfim, são apresentados as considerações finais, as referências, apêndice e os anexos.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Conceito, magnitude e repercussões da Violência entre Parceiros Íntimos

1.1.1. Definição, tipologia e magnitude da VPI

No ano 2000, a Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito objetivos, conhecidos como Metas do Milênio, que deveriam ser atingidos por todos os países até 2015. Todos esses objetivos são interdependentes e influenciam de forma direta ou indireta a saúde da população. Essas proposições visavam principalmente combater a pobreza e a fome, o analfabetismo, a redução da mortalidade infantil e materna, o HIV/Aids, a malária, entre outras doenças. Além desses intuitos, destaca-se o objetivo número três – promover a igualdade de gêneros e empoderamento da mulher (WHO, 2015).

Com a chegada de 2015, alguns dos objetivos do milênio foram alcançados pelo Brasil e demais países (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Ainda assim, algumas metas foram renovadas e novas metas foram propostas para 2030, contabilizando no total 18 “objetivos de desenvolvimento sustentável”. As questões relacionadas à desigualdade de gênero foram mantidas na agenda (agora como a meta número 5), evidenciando que a busca pela igualdade em relação à oportunidade de estudo, trabalho, renda, participação política, entre outras áreas, ainda configuram um objetivo a ser alcançado. Nesse contexto, o enfrentamento de todas as formas de violência de gênero é pontuado pela OMS como um dos caminhos a serem trabalhados para atingir equidade (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2016).

A violência contra a mulher é classificada pela ONU em três diferentes categorias, de acordo com a Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. A primeira agrupa todas as formas de violência praticada ou tolerada pelo estado, onde quer que ocorra. A segunda categoria engloba a violência física, sexual e psicológica praticada na comunidade geral, como o assédio sexual e intimidações sexuais no local de trabalho, tráfico de mulheres, prostituição forçada, entre outros. E por fim, a violência familiar, que comporta violência física, sexual e psicológica ocorrida no seio familiar, incluindo maus tratos, abuso sexual, práticas tradicionais nocivas para as mulheres, exploração econômica e outros atos de

violência perpetrada pelo companheiro ou outros membros da família (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993).

Nesse mesmo documento, todas as formas de violência contra a mulher, incluindo a VPI, são consideradas pela ONU como uma violação dos direitos humanos. Desde então, a VPI tem sido reconhecida no mundo como um grave problema de saúde pública, e muitas leis e políticas públicas têm sido concebidas para seu enfrentamento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* definem a VPI como qualquer ato violento entre pessoas que mantêm relacionamento íntimo, heterossexuais ou homoafetivos, quer sejam ou tenham sido namorados, casados, separados, divorciados ou vivam em regime de união civil estável (BREIDING et al., 2015; WHO, 2017). Ambas as instituições discriminam a VPI entre as suas formas, podendo ser de natureza física, psicológica e sexual. Tais comportamentos envolvem atos de agressão física como bater, estapear, chutar; abuso psicológico como intimidar, humilhar, menosprezar, ameaçar; assim como atos de natureza sexual como forçar uma relação íntima ou outras formas de coerção dessa natureza (BREIDING et al., 2015; WHO, 2017)

A divergência mais significativa entre as definições de VPI propostas pela OMS e pelo CDC é em relação a dois subtipos de VPI. Além da violência física, psicológica e sexual, o CDC acrescenta como forma de VPI o “*stalking*” – atos de perseguição do(a) parceiro(a), definidos por constantes e indesejadas ligações, e-mails, mensagens, presentes; atos como assistir à distância, deixar objetos ameaçadores para a vítima encontrar, causar dano a propriedades, pertences e animais de estimação da vítima, etc. (BREIDING et al., 2015). A OMS, por sua vez, menciona o “comportamento controlador” como um subtipo de VPI. Essa forma de violência é definida por atos de isolamento da vítima de amigos e parentes, monitoração dos movimentos, restrição de recursos financeiros, educacionais e médicos (WHO, 2017).

De acordo com as definições apresentadas pela OMS e o CDC, a VPI pode ter tanto o homem como a mulher como perpetradores da violência. E, ao contrário do que é normalmente veiculado nas mídias, a participação da mulher parece não estar relacionada somente à autodefesa ou à proteção de seus filhos. Contudo, a VPI contra a mulher tem ganhado mais atenção devido à sua elevada frequência e às consequências do ato na saúde e qualidade de vida da mulher e seus filhos (WHO, 1997 ; HEISE et al., 1999). Diferentemente dos homens, cuja principal violência interpessoal sofrida é aquela perpetrada por

desconhecidos, a VPI contra a mulher é a forma mais frequente de violência interpessoal (BUTCHART; BROWN, 1991; KOSS, 1994; HEISE et al., 1994 ; CROWELL; BURGESS, 1996.; TJADEN; THOENNES, 2000). Uma recente revisão sistemática sobre a prevalência global de homicídios entre mulheres cometidos por parceiro ou ex-parceiro íntimo corrobora essa afirmação. Essa revisão incluiu dados de 227 pesquisas realizadas no período de 1990 a 2011 em 66 países diferentes (STOCKL et al., 2013). Foram analisados 492.340 homicídios. Segundo os autores, 13,5% dos casos haviam sido perpetrados por parceiros íntimos. Considerando apenas as vítimas mulheres, 38,6% haviam sido cometidos por companheiros ou ex-companheiros. Entre os homens, apenas 6,3% dos casos haviam sido cometidos pela parceira (STOCKL et al., 2013).

Os casos de VPI com consequências não letais são ainda mais frequentes na vida das mulheres. Muitas pesquisas já foram conduzidas em diferentes países para estimar a prevalência de VPI em populações distintas. Em 2013, foi publicada uma revisão sistemática sobre o tema com o objetivo de apresentar um panorama global sobre a prevalência de VPI no mundo. Essa revisão contou com dados de 141 estudos, realizados em 81 países, entre os anos 1983 e 2008. Todos eram de base populacional e forneciam informações sobre a violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher. Em média, 30,0% das mulheres com idade acima de 15 anos haviam vivenciado VPI ao longo da vida. A estimativa estratificada por continente mostra grande amplitude. Na Europa, por exemplo, a prevalência variou entre 19,3% e 27,8%, e na América do Norte, Caribe e Oceania, a prevalência foi estimada em 21,3%, 27,1% e 37,2%, respectivamente. Já em continentes com maior representatividade de países em desenvolvimento, essa estimativa parece ser maior. Em países asiáticos, a magnitude variou de 16,30% a 41,73%; na América Latina, ficou entre 23,68% e 40,63%; por fim, na África Subsaariana, a prevalência encontrada variou de 29,67% a 65,64% (DEVRIES et al., 2013b).

Pesquisas brasileiras sobre o tema mostram prevalências de VPI semelhantes às encontradas mundialmente. O primeiro grande estudo nacional sobre o assunto estimou a prevalência de VPI ao longo do último ano em mulheres em dezesseis cidades brasileiras. Foram entrevistadas 6.760 mulheres entre 15 e 69 anos. Os resultados mostraram que a violência psicológica variou conforme a capital estudada, entre 61,7% em Campo Grande e 85,4% em Belo Horizonte. A violência física menor¹ variou de 12,8% em João Pessoa a

¹ Neste estudo, a violência entre parceiros íntimos foi mensurada por meio da *Conflict Tactics Scales* (CTS), na qual a subescala de violência física se encontra subdividida em: violência física menor (3 itens: jogar objetos; empurrar ou agarrar; dar tapa ou bofetada) e violência física maior (6 itens: chutar, morder ou dar murro; bater

34,7% em Belém; já a violência física maior¹ ficou em torno de 8,2% em Florianópolis e chegou a 22,1% também em Belém. Ainda nessa pesquisa, foi observado que a prevalência de violência física e psicológica foi maior nas cidades no Norte e Nordeste, quando comparadas com as cidades do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No Rio de Janeiro, 657 mulheres participaram desse inquérito. Destas, 79,3%, 21,0% e 12,5% relataram ter sofrido violência psicológica, violência física menor e maior, respectivamente (REICHENHEIM et al., 2006).

Em adição aos resultados encontrados pela pesquisa acima, Schraiber e colaboradores (2007) utilizaram dados da pesquisa *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women* e mostraram a prevalência da violência sexual em duas cidades brasileiras, assim como a sobreposição das diferentes formas de violência. Foi selecionada amostra representativa da cidade de São Paulo (940 mulheres) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (1.188 mulheres). As mulheres participantes tinham entre 15 e 49 anos de idade. Como resultado, foi observado que a prevalência de violência sexual no último ano havia sido de 0,5% e 3,4% entre as moradoras de São Paulo e Pernambuco, respectivamente. Além disso, foi observado que a violência psicológica acompanhou em 90% das vezes os relatos sobre formas físicas ou sexuais de violência (SCHRAIBER et al., 2007).

Ainda que muito frequentes, os dados da VPI oferecidos por essas pesquisas podem ser inferiores à real magnitude do problema. A vergonha de admitir a agressão, tabus culturais, falta de apoio, assim como o medo do agressor, muitas vezes, contribuem para que a mulher omita sua real condição em relação à VPI. Esses mesmos fatores, dentre outros, também inibem a procura dos serviços de saúde, centros especializados e polícia, dificultando a obtenção de apoio e auxílio para a interrupção da situação de violência vivida (HEISE et al., 1994).

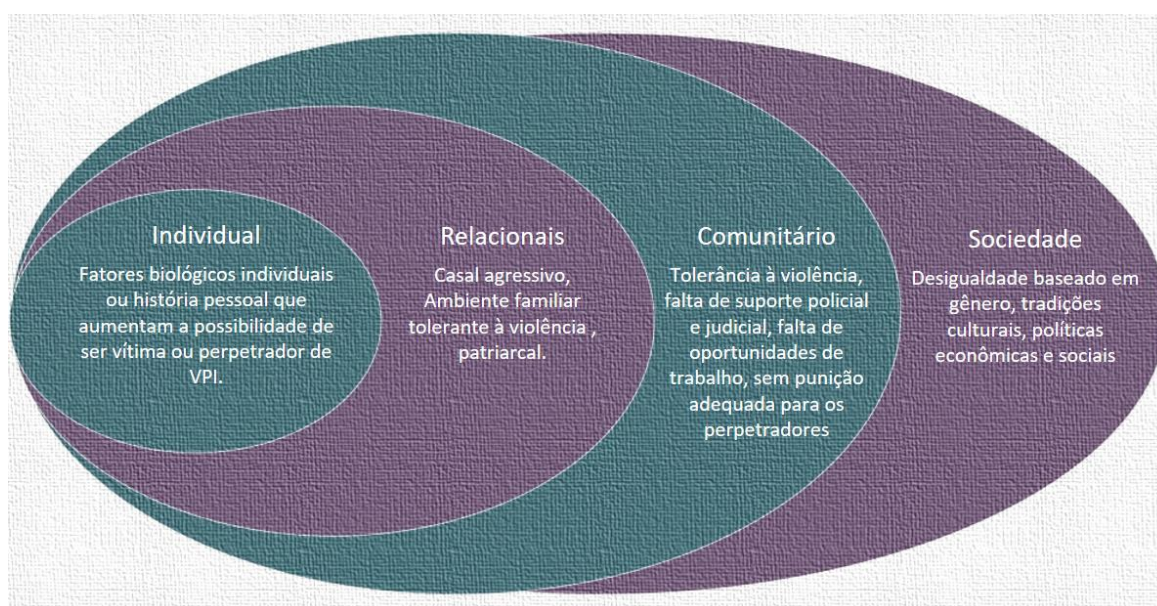
1.1.2. Fatores de risco para ocorrência de VPI

A VPI, assim como outras formas de violência, é resultante de uma interação complexa entre fatores individuais, relacionais, socioeconômicos, culturais e ambientais (KRUG et al., 2002). O modelo ecológico proposto pela OMS para explicar a etiologia multicausal da violência tem esse pressuposto. Esse modelo é composto por quatro

ou tentar bater com objetos; espancar; queimar, estrangular ou sufocar; ameaçar com faca ou arma; usar faca ou arma).

dimensões/níveis. O primeiro nível destaca as características do indivíduo; o segundo contempla as formas de resolução de conflitos na família e os padrões de relacionamento familiar; o terceiro aborda os contextos comunitários em que as relações estão embutidas; e o quarto enfoca questões macroestruturais que influenciam a frequência de violência, como mostrado na Figura 1 (KRUG et al., 2002).

Figura 1 - Esquema do modelo ecológico para explicar a etiologia multicausal da violência entre parceiros íntimos.



Fonte: KRUG et al., 2002

Em relação aos fatores de risco individuais, características da vítima ou do perpetrador têm sido associadas a uma maior probabilidade de ocorrência de violência entre casais. Considerando a idade, por exemplo, há indícios de que a faixa etária mais jovem constitui um fator de risco importante (ABRAMSKY et al., 2011). Ainda assim, esse achado pode não ser apropriado em todos os domínios. Pesquisas conduzidas no Brasil (REICHENHEIM et al., 2011; MATHIAS et al., 2013), Alemanha (STOCKL et al., 2012; STOCKL; PENHALE, 2014) e Estados Unidos (BONOMI et al., 2007), apontam que mulheres em idade avançada também são um importante subgrupo de risco. A diferença de idade entre o casal também foi avaliada em um estudo multicêntrico envolvendo onze países. Os resultados mostraram que mulheres mais velhas que seus companheiros em pelo menos cinco anos possuem o risco aumentado de sofrer VPI. No entanto, essa associação foi considerada fraca, levando a supor

que a direção do efeito pode ser dependente do contexto sociocultural (ABRAMSKY et al., 2011).

A baixa escolaridade da mulher também foi identificada em vários estudos como sendo um fator de risco para ocorrência de VPI. Segundo Jewkes e colaboradores (2002), a educação permite a emancipação social da mulher, por meio das redes sociais e da capacidade de utilizar informações e recursos disponíveis na sociedade (JEWKES et al., 2002). No Brasil, a pesquisa conduzida por Mathias e colaboradores (2013) encontrou que mulheres com menos de oito anos de estudos são 26% mais propensas a sofrer violência quando comparadas a mulheres com mais de oito anos de educação. É possível que maior escolaridade torne a mulher mais autoconfiante e independente, fazendo com que não aceite insultos e provocações do companheiro (MATHIAS et al., 2013). O mesmo é corroborado em um estudo multicêntrico que utilizou dados de países com perfil econômico semelhante ao do Brasil (ABRAMSKY et al., 2011).

Assim como a baixa escolaridade, a baixa renda familiar também configura um importante fator de risco para ocorrência de violência entre o casal. Viver em situação de estresse financeiro pode gerar conflitos, frustrações e, especificamente para o homem, uma sensação de inadequação por não conseguir cumprir o seu papel de provedor esperado culturalmente. Além disso, a pobreza também pode fazer com que seja mais difícil para as mulheres abandonarem seus relacionamentos violentos e/ou insatisfatórios (HEISE, 1998).

Diversas características referentes a relacionamentos anteriores da mulher também foram avaliadas em um estudo multicêntrico derivado da amostra do *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence* (ABRAMSKY et al., 2011). Essa pesquisa envolveu 15.058 mulheres de onze países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Tanzânia, Samoa, Sérvia e Montenegro e Tailândia). Todas estavam vivendo com o companheiro no momento da entrevista. Observou-se que, em alguns países, mulheres que tinham pelo menos um filho fruto de relacionamento anterior apresentavam maior risco de sofrer VPI perpetrada pelo parceiro atual do que mulheres que não tinham filho de outro relacionamento.

Além das características sociodemográficas, há na literatura algumas associações de distúrbios mentais a perpetradores da VPI, homens ou mulheres. Em uma pesquisa, foi observado que perpetradores de VPI tinham uma maior prevalência de agravos em saúde mental, tais como depressão, transtorno bipolar, síndrome do pânico, personalidade *borderline* e esquizotípica, quando comparados a não perpetradores (OKUDA et al., 2015).

Além de todos os elementos individuais citados, um dos principais fatores de risco para o desencadeamento da VPI entre o casal é o mau uso de álcool e drogas (WHO, 2013). O consumo dessas substâncias pode estar associado à ocorrência de VPI por modificar o comportamento do indivíduo através de seus efeitos desinibidores, fazendo com que haja uma redução da censura à violência (JEWKES et al., 2002). Outra possibilidade aventada por pesquisadores para explicar as associações entre uso dessas substâncias e violência seria a utilização de álcool e drogas como “uma desculpa” para justificar a atitude violenta. No entanto, o mau uso de álcool também pode ser consequência da VPI sofrida. Essa possibilidade será destacada mais à frente na subseção de consequências da VPI.

Outro fator de risco também muito importante é o histórico de vivência de VPI entre os pais durante a infância. Ter presenciado VPI durante a infância é fator importante tanto na perpetração como na vitimização. Diversos estudos mostram que homens que testemunharam episódios de violência contra a mulher por parte do companheiro durante infância têm uma maior probabilidade de se tornarem perpetradores de VPI no futuro (ELLSBERG et al., 1999; ERNST et al., 2009; ROBERTS et al., 2011). Já para as mulheres, essa experiência tem o efeito diferente. Mulheres que presenciaram violência entre seus pais aprenderam a legitimar e tolerar a violência, tendo assim uma capacidade reduzida para deixar o relacionamento violento na idade adulta (JASINSKY; WILLIAMS, 1998; JEWKES et al., 2002; WOOD; SOMMERS, 2011; CAPALDI et al., 2012).

Retornando ao modelo ecológico, em seu segundo nível encontram-se os fatores de risco relacionais. O alto grau de conflitos no relacionamento do casal, a não utilização da negociação como forma de resolução desses atritos, a situação conjugal instável e a falta de equilíbrio no que se refere ao poder nas relações conjugais também parecem favorecer a ocorrência da VPI (KRUG et al., 2002). Além disso, famílias numerosas e com crianças menores de cinco anos de idade, bem como aquelas que estão vivenciando um alto nível de estresse por problemas econômicos, de saúde, de moradia ou de outra natureza também parecem mais suscetíveis à ocorrência de violência entre o casal (KRUG et al., 2002; REICHEINHEIM et al., 2006; REICHENHEIM et al., 2011).

O estudo de Abramsky (2011) realizado em países de diferentes contextos culturais e econômicos também sugere uma maior prevalência de VPI entre casais cujo homem mantém relacionamentos extraconjugais (ABRAMSKY et al., 2011). Em todos os países estudados, essa associação se mostrou positiva e estatisticamente significativa com *odds ratio* variando de 1,2 (Etiópia) a 7,5 (zona rural de Bangladesh). No Brasil, essa associação foi estimada em 2,1 na área urbana e 4,5 na área rural.

Outras situações referentes ao relacionamento do casal também foram exploradas na pesquisa de Abramsky e colaboradores. A exemplo de alguns países (ABRAMSKY et al., 2011), foi observado que mulheres que moravam junto com o parceiro, sem serem formalmente casadas, tinham o risco aumentado para VPI. O tempo de duração do relacionamento também parece estar associado ao problema. Relacionamentos mais recentes tiveram maior risco de ocorrência de VPI quando comparados a relacionamentos mais antigos (mais de cinco anos juntos) (ABRAMSKY et al., 2011).

O terceiro e o quarto níveis do modelo ecológico se referem aos fatores comunitários e macroestruturais, respectivamente. O nível comunitário auxilia na compreensão do contexto onde a violência ocorre (escola, vizinhança, dentre outros) e na identificação de aspectos presentes nesses cenários (alta criminalidade, desemprego elevado, isolamento social, fraca coesão social), que estão relacionados ao fato de o indivíduo ser vítima ou perpetrador da violência (KRUG et al., 2002; REICHENHEIM et al., 2008).

O nível macroestrutural concerne aos fatores sociais, que promovem ou inibem a violência, tais como normas culturais que apoiam a violência como uma forma de resolução de conflitos e que reafirmam o domínio masculino sobre mulheres e crianças. Estão incluídos ainda nesse nível: políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm níveis altos de desigualdade econômica, social e de gênero entre os grupos na sociedade (KRUG et al., 2002).

O entendimento de que fatores macrosociais podem inibir ou fomentar a VPI levou ao estudo do papel das políticas públicas criadas para alívio da situação de pobreza e extrema pobreza nesse processo. Entre essas políticas, são destaque as linhas que trabalham com programas de microcrédito e transferência de renda e que têm a mulher como público-alvo. Há estudos que indicam que o empoderamento econômico alcançado pelas mulheres beneficiárias desses programas pode alterar as relações com o parceiro, provocando mudanças quanto à magnitude da VPI em situações específicas (SCHULER, 1996; PRONYK et al., 2006; VYAS; WATTS, 2009). Esse tópico será novamente abordado na subseção 1.3 da revisão da literatura.

A compreensão acerca dos fatores que afetam a frequência da violência entre o casal é, de certa forma, limitada. Isso ocorre porque, na maioria dos casos, os fatores individuais, frequentemente os mais estudados, podem diferir quando diferentes domínios são considerados, devido às distintas relações sociais e culturais. Dessa forma, um fator importante em um cenário pode não ser relevante em outras situações (KRUG et al., 2002). Por essa razão, pesquisas sobre o tema são bastante bem-vindas.

1.1.3. Consequências da VPI na saúde da mulher e de outros membros da família

Como mencionado anteriormente, as consequências da violência na saúde da mulher, são em geral, mais graves. Essas consequências têm impacto em vários aspectos de sua vida, podendo manifestar-se em relação à saúde física, psicológica ou comportamental, sexual e reprodutiva (KRUG et al., 2002). Esses desfechos negativos podem ser imediatos ou de longo prazo, são dependentes da duração e da gravidade do abuso e apresentam um efeito cumulativo no decorrer dos anos (KRUG et al., 2002).

No tocante à saúde física, as lesões mais frequentemente encontradas em mulheres agredidas são contusões na cabeça, pescoço e rosto, assim como lesões torácicas, abdominais e pélvicas (WU et al., 2010). Fraturas de membros, inclusive dos dentes, também são agravos bastante associados com a VPI (SPRAGUE et al., 2013; KUNDU et al., 2014). Também são frequentes distúrbios funcionais genéricos, não apresentando uma causa médica identificável, tais como síndrome do intestino irritável, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais e síndrome da dor crônica (WALKER et al., 1993; DELVAUX et al., 1997; WALKER et al., 1997; MCCALL-HOSENFIELD et al., 2014).

Em relação à saúde psicológica, vários estudos têm associado a experiência de VPI ao desenvolvimento de agravos mentais na mulher (BEYDOUN et al., 2012; DEVRIES et al., 2013a). Uma metanálise envolvendo 44 estudos com diversos desfechos em saúde mental, mensurados ao longo da vida e/ou de um ano, identificou que depressão (OR: 3,31; último ano), transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (OR: 7,34; ao longo da vida), transtorno bipolar (OR: 8,14; ao longo da vida), transtornos mentais comuns (OR: 4,4; último ano), transtorno obsessivo compulsivo (OR: 6,43; ao longo da vida) e transtornos alimentares (OR: 7,31; último ano) estavam associados à VPI (TREVILLION et al., 2012).

Além dessa revisão, várias pesquisas com dados originais indicam ainda que mulheres vítimas de abuso praticado por seus parceiros estão sob risco maior de cometer suicídios ou tentativa de suicídio (WHO, 2013; MCCALL-HOSENFIELD et al., 2014; SABRI et al., 2014).

A saúde mental da mulher no período pós-parto também parece estar associada à presença de VPI. Em uma revisão sistemática cujo principal objetivo foi avaliar os fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de transtornos mentais no período perinatal, a VPI durante a gravidez foi apontada como sendo um fator importante, com *odds ratio* variando entre 2,11 e 6,75 (FISHER et al., 2012). Especificamente no puerpério, a depressão (ABBASZADEH et al., 2011; LOBATO et al., 2012; QUELOPANA, 2012) e o TEPT no

período pós-parto já foram associados à exposição à VPI durante a gravidez (CERULLI et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2017) .

Ainda em relação à saúde mental, as exposições ao cigarro, álcool e outras drogas entorpecentes também são maiores entre mulheres vítimas de VPI, quando comparadas a mulheres que não sofreram abuso. É possível que a utilização dessas substâncias funcione como uma ferramenta para transpor momentos difíceis e promover a sensação de alívio imediato (JASINSKI; WILLIAMS, 1998; JEWKES et al., 2002; ABRAMSKY et al., 2011; PETERS et al., 2012; JACKSON, 2007).

No tocante à saúde sexual, mulheres que vivem com parceiros violentos estão mais propensas a terem distúrbios ginecológicos, doença inflamatória pélvica, disfunção sexual, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis incluindo HIV/Aids (KRUG et al., 2002; PALLITTO et al., 2013; DUREVALL; LINDSKOG, 2015). Isso ocorre como consequência da violência sexual ou ainda, de forma indireta, quando o parceiro interfere na possibilidade de a mulher usar contraceptivos, inclusive preservativos (KRUG et al., 2002; MAXWELL et al., 2015).

Em relação à saúde reprodutiva, a VPI contra mulher pode iniciar ou até mesmo aumentar em frequência e gravidade durante a gravidez (MORAES; REICHENHEIM, 2002b; VALLADARES et al., 2002). Em um estudo que envolveu 526 mulheres em maternidades públicas do Rio de Janeiro, foi estimado que 33% das puérperas entrevistadas revelaram estar envolvidas em episódios de violência física e 16% em violência física grave durante a gestação (MORAES; REICHENHEIM, 2002b). Devido a essas estimativas, diversos estudos (comentados a seguir) têm se preocupado com as consequências da VPI durante o período gestacional tanto na saúde da mulher como na do feto em desenvolvimento.

Agressões físicas sofridas durante a gestação estão associadas a maior probabilidade de complicações gestacionais, como ganho de peso excessivo, altos níveis de cortisol, hipertensão, pré-eclâmpsia, doenças sexualmente transmissíveis (HAN; STEWART, 2014), abortamento (HALL et al., 2014; HAN; STEWART, 2014), sangramentos vaginais (MORAES et al., 2009; HAN; STEWART, 2014) e maior probabilidade de mortalidade perinatal e neonatal (AHMED et al., 2006; POOL et al., 2014) quando comparadas com a situação de mulheres que não sofreram violência física. Além disso, mulheres vítimas de VPI durante a gestação apresentam maiores chances de ter assistência pré-natal inadequada quando comparadas a mulheres que não estiveram envolvidas com o problema (MORAES et al., 2010; HAN; STEWART, 2014). Em relação ao feto em desenvolvimento, a VPI durante a

gravidez está associada a prematuridade, baixo peso ao nascer, complicações neonatais e bebês natimortos (HAN; STEWART, 2014).

Sendo uma forma de violência que se desenvolve dentro do ambiente doméstico, a VPI traz consequências não somente para as mulheres vítimas das agressões, mas também para todos os integrantes do núcleo familiar, principalmente as crianças. Mulheres que vivenciam a VPI têm capacidade reduzida de cuidar de seus filhos. Hábitos de higiene inadequados, falta de adesão às prescrições e tratamento e atrasos ou falhas no esquema de vacinação vêm sendo associados à negligência ou pouca supervisão materna decorrente da capacidade questionável das mães vítimas de VPI criarem e educarem seus filhos de forma adequada (HOLT et al., 2008). Pesquisas brasileiras corroboram os achados internacionais. Mulheres vítimas de VPI apresentaram menor período de amamentação exclusiva (MORAES et al., 2011) e acompanhamento deficiente da criança em unidades básicas de saúde (SILVA et al., 2012) .

Além disso, filhos de mães vítimas de VPI estão sujeitos tanto ao testemunho da violência, quanto à experiência da violência diretamente voltada a eles. Diante desse fato, essas crianças estão sob maior risco de sofrer lesões indiretas em consequência da violência entre os pais, assim como desenvolver distúrbios comportamentais (agressividade) (HOLMES, 2013), cognitivos (baixo rendimento escolar e capacidade de concentração) (SYMES et al., 2014) e psicológicos (ansiedade, depressão, TEPT e baixa autoestima) (LEVENDOSKY et al., 2013; MACMILLAN; WATHEN, 2014).

1.2 Programas de microcrédito e transferência de renda como promotores do desenvolvimento

1.2.1 Conceituação, histórico e objetivos dos programas de microcrédito

O microcrédito é definido como pequenos empréstimos oferecidos a pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, que não teriam acesso a crédito das formas tradicionais. Esse crediário é oferecido na maioria das vezes sem exigência de garantias, tendo como objetivo principal auxiliar indivíduos, especialmente mulheres, a desenvolver pequenos empreendimentos (YUNUS et al., 2010). Assim, os programas de microcrédito (PM) têm

como objetivo central quebrar o ciclo da pobreza através da inserção da mulher no mercado de trabalho.

Os PM modernos tiveram sua origem com Muhammad Yunus, quando, utilizando recursos próprios, ofereceu crédito a produtores rurais pobres em Bangladesh com juros muito abaixo do mercado. Em 1983, Yunus fundou o *Grameen Bank*, organização sem fins lucrativos e primeira instituição a oferecer crédito em grande escala para pessoas pobres (BATERMAN, 2010; YUNUS et al., 2010). Essa iniciativa rendeu ao seu criador o Prêmio Nobel da Paz em 2006.

Inicialmente, os PM ofereciam crédito tanto para homens quanto para mulheres, sem distinção. No entanto, com o desenvolvimento desses programas, foi observado que as mulheres estavam tendo uma maior taxa de ressarcimento e aceitavam quantias menores quando comparadas aos homens. Além disso, as mulheres pareciam aceitar participar de programas de capacitação de forma mais colaborativa (ARMENDÁRIZ; MORDUCH, 2007; BATERMAN, 2010; YUNUS et al., 2010). Devido ao melhor desempenho de programas envolvendo mulheres, atualmente, muitas instituições trabalhando com microcrédito optaram por ter o público feminino como alvo.

Os efeitos dos programas de microcrédito são considerados controversos. Seus defensores afirmam que esses programas são responsáveis pela diminuição da pobreza, aumento do número de empregos e renda, aumento dos níveis educacionais, de saúde e nutrição, além de promover igualdade de gêneros entre as beneficiárias (LEATHERMAN; DUNFORD, 2009). Os críticos postulam que esses programas contribuíram para aumentar o endividamento das famílias pobres, pois estas costumam gastar o crédito com consumo de bens duráveis, não havendo geração de renda (BATERMAN, 2010).

Apesar da polêmica em relação ao impacto dos PM, vários projetos com escopo semelhante surgiram posteriormente, principalmente a partir dos anos 2000, por exemplo, o *Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee* (BRAC) – Bangladesh; a *Association for Social Advancement* (ASA) – Bangladesh; o *Microfinance for AIDS and Gender Equity* (IMAGE) – África do sul, entre outras. Atualmente, esses programas contam com o financiamento de organizações sem fins lucrativos e de governos locais e federais ou com subsídios privados (BANK, 2011). Observa-se que essa estratégia de desenvolvimento tem sido mais utilizada em países asiáticos e africanos, embora também haja relatos de programas de crédito em países das Américas, como o *Banco Occidental de Descuento*, na Venezuela. No entanto, como será pormenorizado na próxima seção, os Programas de Transferência de Renda (PTR) são mais populares do que os de microcrédito como estratégia de superação da

pobreza e da fome na América Latina (CAMPELLO; NERI, 2013; BASTAGLI et al., 2016; ORTON et al., 2016).

1.2.2 Conceituação, histórico e objetivos dos Programas de Transferência de Renda

Segundo a OMS, os PTR são programas patrocinados pelos governos ou agências não governamentais que realizam transferência de renda regular e fixa de certa quantia monetária para famílias ou indivíduos em situação vulnerável. Os PTR podem ser não condicionais (quando não há condições a serem satisfeitas para o favorecido se manter no programa) ou condicionais (o beneficiário cumpre algumas condições preestabelecidas para se manter no programa) (FORDE et al., 2011). Dessa forma, os PTR têm por objetivo central quebrar o ciclo da pobreza através da renda e ações sociais que envolvem toda a família.

Políticas de transferência de renda começaram a ser discutidas em países em desenvolvimento ainda nos anos de 1980. Entretanto, essas políticas se tornaram uma realidade somente em meados da década de 1990, quando uma crise econômica no continente americano e asiático aumentou a pobreza nessas regiões (FORDE et al., 2011). Desde então, os PTR têm sido um dos principais motores da inovação no âmbito da política social nos países latino-americanos e, de forma bem expressiva, no Brasil. Esses programas se mostraram capazes de dar cobertura a populações historicamente excluídas de qualquer benefício de proteção social, articulando diversas ações intersetoriais, particularmente no que diz respeito à educação, saúde e nutrição (CAMPELLO; NERI, 2013).

O Brasil foi pioneiro em relação aos programas condicionais de transferência de renda quando lançou, em 1995, o Programa Bolsa Escola em nível municipal (Brasília e Campinas) e posteriormente, em 1998, em nível nacional. Esse programa fazia uma transferência de renda direta para as famílias na condição de que as crianças frequentassem a escola. O objetivo nesse primeiro momento era evitar a evasão escolar e o trabalho infantil (LINDERT et al., 2007).

Seguindo essa tendência, outros países da América Latina e Caribe também aderiram aos PTR, com as mais variadas condicionalidades. Todos esses programas tinham em comum o público-alvo de famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. O objetivo era melhorar as condições de vida dos favorecidos, quebrando o ciclo da pobreza. Alguns exemplos desses programas são: o *Progressa* (mais tarde chamado de *Oportunidades*), criado

no México em 1997; o *Bono solidário*, criado no Equador em 1998 e renomeado para *Bono de Desarrollo Humano* em 2003; e o *Juntos*, elaborado no Peru em 2005 (LINDERT et al., 2007).

Ao longo da última década, o crescimento dos PTR tem sido constante tanto em termos da população beneficiada quanto do montante de investimentos. De acordo com esses critérios, o Programa Bolsa Família (Brasil) é considerado o maior programa de transferência condicionada de renda no mundo, além de ser a mais importante das políticas sociais do governo brasileiro atualmente (LINDERT et al., 2007; CAMPELLO; NERI, 2013).

1.2.3 Programa de Transferência de Renda no Brasil: o Programa Bolsa Família (PBF)

1.2.3.1 Histórico, objetivos, operacionalização e cobertura

Os PTR surgiram no Brasil no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (1995). Em 2002, último ano do seu segundo mandato, havia no Brasil três programas sociais que beneficiavam cerca de cinco milhões de famílias. O programa Bolsa Escola, vinculado ao Ministério da Educação; o Auxílio Gás, vinculado ao Ministério de Minas e Energia, e o Cartão Alimentação, vinculado ao Ministério da Saúde. Estes eram geridos por administrações diferentes, porém com o mesmo público-alvo – famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (CAMPELLO; NERI, 2013).

O Programa Bolsa Família (PBF), implementado no governo Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, consistiu na unificação e ampliação desses programas sociais em um único programa. Com cadastro e administração centralizados no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), houve o aumento da eficiência administrativa e fiscalização (BRASIL, 2004; CAMPELLO; NERI, 2013).

Essa unificação se deu operacionalmente através do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadúnico), que funciona como uma plataforma de acesso ao PBF e a outros programas sociais. Com o Cadúnico, foi possível concentrar em um único instrumento a atividade de registro, diagnóstico e seleção do público para todos os programas sociais oferecidos pelo governo (CAMPELLO; NERI, 2013).

O PBF é estruturado em três pilares fundamentais: a transferência de renda, as condicionalidades e as ações complementares (CAMPELLO; NERI, 2013). O objetivo da transferência imediata de renda é aliviar a situação de pobreza e da fome das famílias beneficiárias. Com as condicionalidades, almeja-se um melhor acompanhamento do público-alvo pelos serviços de saúde e a melhoria dos níveis educacionais. O público-alvo principal nesse quesito são a criança, o adolescente, as gestantes e nutrízes. Em relação às ações complementares, o PBF intenciona dar assistência necessária às famílias para que elas possam superar suas dificuldades, contribuindo para a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza (BRASIL, 2004; CAMPELLO; NERI, 2013).

A porta de entrada das famílias candidatas ao PBF acontece por meio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial e executa serviços de proteção social básica, organizando e coordenando a rede de serviços sociais e assistenciais locais da política de assistência social. É no CRAS que as famílias realizam o cadastro no CadÚnico e, se cumprirem os critérios de elegibilidade do PBF, são incluídas no programa (MDF, 2005).

A transferência do benefício é realizada via cartão magnético através da Caixa Econômica Federal. Esse recurso foi utilizado por ser uma rede de serviço existente que não apresentaria restrição de acesso aos beneficiários. Além disso, o pagamento via cartão magnético dá transparência ao gasto público, reduz os custos operacionais e fortalece a autonomia do usuário (CAMPELLO; NERI, 2013).

Em face das altas expectativas para o desenvolvimento social, o governo rapidamente expandiu a cobertura do PBF. Em 2003, ano da implementação do programa, a cobertura era estimada em 3,8 milhões de famílias. Em 2006, o programa já cobria 11,1 milhões de famílias, representando 100% dos pobres e 25% da população brasileira (LINDERT et al., 2007). Estimativas mais recentes (2013) mantêm a cobertura de 25%, beneficiando 13,8 milhões de famílias (CAMPELLO; NERI, 2013).

1.2.3.2 Critérios de elegibilidade, condicionalidades e valor do benefício

O PBF tem como público-alvo famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Esses critérios são definidos de acordo com a renda *per capita* familiar. No Quadro 1 são

apresentados os valores que definem cada categoria para os anos de 2010 (ano de realização da pesquisa que norteia este trabalho – artigo 2) e 2018 (situação atual).

Quadro 1 - Critérios de definição de pobreza e extrema pobreza para o PBF nos anos de 2010 e 2018.

	2010 (renda <i>per capita</i>)	2018 (renda <i>per capita</i>)
Pobreza	Entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00 reais	Entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 reais
Extrema pobreza	Até R\$70,00 reais	Até R\$ 89,00 reais

Entre as famílias com extrema pobreza, não é necessário ter uma composição familiar específica para ser elegível ao PBF. Já entre famílias pobres é necessário ter crianças, adolescentes, gestantes e/ou lactantes (MDF, 2018).

As condicionalidades se concentram na área da saúde e educação, tendo a mulher, a criança e o adolescente como foco. Na área da saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de um acesso regular aos serviços de saúde, visando ao acompanhamento de vacinação, crescimento e desenvolvimento em menores de 7 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento na atenção primária em saúde e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal para o acompanhamento da sua saúde e do feto em desenvolvimento. Na educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e ter frequência escolar mensal mínima de 85%. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75% durante todo o ano escolar (MDF, 2018).

O valor do benefício transferido para as famílias é variável. Este depende da renda mensal *per capita* dentro da família, do número de integrantes, do total de crianças e adolescentes e da existência de gestantes e nutrizes. Famílias em situação de extrema pobreza têm direito a ganhar o benefício básico, podendo acumular o benefício variável e variável para jovem nos casos em que houver crianças, adolescentes, gestantes ou nutrizes. Se a família continuar em situação de extrema pobreza, mesmo após o recebimento desses benefícios, outro provento é oferecido para garantir que essas famílias ultrapassem o limite de renda da extrema pobreza. Este não possui um valor definido. É calculado caso a caso, dependendo da vulnerabilidade de cada família. Já os domicílios em situação de pobreza recebem o benefício variável e variável para jovem de acordo com a composição familiar, desde que não ultrapassem as cotas de acúmulo estabelecidas. No quadro 2, são expostos os valores dos benefícios do PBF no ano de 2010, época do desenvolvimento da pesquisa, assim como os

valores atualizados com o reajuste do ano vigente (2018) (OSORIO; SOARES, 2014; MDF, 2018).

Quadro 2 - Esquema demonstrativo do cálculo do valor do benefício do PBF (em reais) atual e na época do desenvolvimento da pesquisa, 2010 (OSORIO; SOARES, 2014; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO COMBATE À FOME, 2018)

	Composição familiar	Benefício Básico		Benefício Variável (Crianças e adolescentes de 0 a 15, gestante, nutriz ²)		Benefício Variável para jovem (Adolescente de 16 e 17 na escola)		Benefício de Superação da Extrema Pobreza (BSEP)		Total máximo por família	
		2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Extrema pobreza	Qualquer composição familiar	68	85	22	41	33	48	Calculado caso a caso		200 + BSEP	386 + BSEP
Pobreza	Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, gestantes e nutriz ²	-	-	22	41	33	48	-		132	301
Acúmulos	-	Único	Único	Até 3 benefícios	Até 5 benefícios	Até 2 benefícios	Até 2 benefícios			-	

² Gestante – É oferecido o pagamento de nove parcelas consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês. Nutrizes - Concedido às famílias que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição. São ofertadas seis parcelas mensais consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida.

1.2.3.3 Titularidade do PBF

O PBF prioriza as mulheres como responsáveis pelo recebimento do benefício. Por esse motivo, mais de 90% dos titulares são mulheres, com o percentual chegando a 95,3% na região sudeste (IBASE, 2008). A opção de ter titulares do sexo feminino é fundamentada na premissa de que as mulheres conhecem melhor as necessidades da família, gastam o dinheiro com alimentação e com os filhos e são melhores administradoras da renda doméstica quando comparadas aos homens. Em uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), perguntou-se às mulheres beneficiadas quem deveria ser o titular do benefício. Em resposta, 81,5% das mulheres afirmaram que a titularidade do PBF deveria ser mantida com a mulher, porque os homens tenderiam a gastar os recursos com bebidas e outras diversões (IBASE, 2008; REGO; PINZANI, 2013).

Segundo o IBASE, em 2008, o principal destino do recurso entre famílias beneficiadas pelo PBF está em alimentação (87,0%) (IBASE, 2008). Esse percentual varia de 72,8% no Sul do Brasil a 91,3% no Nordeste. Essa estatística mostra que as famílias (provavelmente as mulheres) usam o benefício “corretamente”, deixando claro que a própria família é capaz de definir o uso adequado do dinheiro, tendo em vista suas características e necessidades (CAMPELLO; NERI, 2013).

Mesmo não sendo o objetivo central do PBF, alguns autores têm indicado que o programa leva a um empoderamento feminino em espaços públicos e privados (REGO; PINZANI, 2013). Tal constatação vem sendo sugerida por diferentes autores e contextos (PRONYK et al., 2006; KIM et al., 2007; VYAS et al., 2015; KARIM; LAW, 2016; GIBBS et al., 2017). Como será detalhado na próxima seção, a partir desse debate, pesquisadores e ativistas têm postulado que tais iniciativas poderiam ter como desfecho secundário a redução da incidência e prevalência das diferentes formas de VPI.

1.3 Teorias e evidências sobre programas de empoderamento econômico feminino e suas relações com a violência entre parceiros íntimos

1.3.1 Teorias explicativas sobre as relações entre aumento de renda da mulher e violência entre parceiros íntimos

Como posto anteriormente, programas de transferência de renda e microcrédito têm como objetivo principal diminuir a pobreza, facilitando a transferência de riquezas para populações menos favorecidas economicamente. Porém, o empoderamento econômico da mulher, fruto desses programas, vem se mostrando associado às alterações de comportamento no tocante à violência entre parceiros íntimos em alguns cenários (BRODY et al., 2015)

Muitas são as teorias que tentam explicar as relações entre renda da mulher e VPI. Segundo alguns autores, os padrões de violência relacionados à renda podem ser classificados em quatro categorias, a saber, (i) expressiva, (ii) instrumental, (iii) extrativa, (iv) combinação entre expressiva e instrumental (FARMER; TIEFENTHALER, 1997; BLOCH; RAO, 2002; ESWARAN; MALHOTRA, 2011).

No padrão de violência expressiva, o agressor se sente superior aos outros membros da família por ser o provedor da casa. Assim, a violência pode ser utilizada como uma forma de autoafirmação, bem como uma maneira de aliviar o estresse do dia a dia (FARMER; TIEFENTHALER, 1997). Na violência instrumental, o agressor usa a violência como um instrumento para controlar o comportamento da vítima e conseguir influenciar as decisões dentro do lar. Funciona como um poder de barganha, por meio do qual a capacidade de dominar fica restrita ao provedor. A vítima, ainda que sofra violência, percebe o relacionamento como benéfico, pois tem seu sustento e padrão de vida garantidos (ESWARAN; MALHOTRA, 2011). Na categoria extrativa, o agressor usa violência com o objetivo de extorquir dinheiro da vítima para usá-lo em seu próprio benefício (BLOCH; RAO, 2002). Ainda existe a possibilidade de a motivação da violência ser a combinação entre as formas extrativa e instrumental.

Fundamentados nessas formas de violências baseadas na renda, alguns autores desenvolveram modelos teóricos para predizer o que aconteceria com a magnitude da VPI em caso de aumento da renda da mulher. Tauchen e colaboradores (1991), por exemplo, indicam

que, se a violência for de caráter expressivo ou instrumental, o aumento da renda da mulher poderia tanto ampliar como diminuir o risco de VPI contra a mulher, a depender do contexto. Nesse modelo, entende-se que o incremento da renda da mulher aumenta o seu poder de barganha dentro do casamento. Assim, podendo negociar e participar das tomadas de decisões dentro da esfera doméstica, as relações de poder dentro de casa seriam mais equânimes e a VPI diminuiria em consequência da readequação do relacionamento entre o casal (TAUCHEN et al., 1991). Por outro lado, os autores também propõem que o aumento de renda da mulher e, conseqüentemente, de sua autonomia financeira, poderia desequilibrar as relações de poder entre o casal, aumentando a VPI em alguns lares. O homem, por sentir a sua autoridade na família diminuída, utilizaria a violência para restaurar sua dominância e reafirmar sua masculinidade (TAUCHEN et al., 1991).

Por outro lado, Farmer e Tiefenthaler (1997) propuseram que, se a violência for do tipo expressiva ou instrumental, o aumento da renda da mulher deve reduzir o risco ou as situações já instaladas de VPI. Essa teoria se baseia em dois conceitos adaptados da Economia para o contexto da VPI. O primeiro é o de utilidade, atribuído à satisfação pelo consumo de bens ou serviços. Na teoria da utilidade, quanto mais consumimos um determinado bem, menor é a sua utilidade adicional. Por exemplo, a utilidade da água para um indivíduo com sede é máxima. O primeiro copo de água é o que dá mais satisfação, o segundo copo já traz menor utilidade e o terceiro, menos ainda, já que ele tende a estar satisfeito (MAS-COLELL et al., 1995). O segundo conceito é o de utilidade de reserva, adaptado da lei de contratos. Trata-se do nível mínimo de utilidade que deve ser garantido por um contrato para torná-lo aceitável para um agente. Dessa forma, pode-se dizer que utilidade de reserva é o mínimo aceitável para consentir com determinada situação (MAS-COLELL et al., 1995).

Adaptando esses dois conceitos para a situação conjugal, Farmer e Tiefenthaler (1997) teorizam que a VPI deveria diminuir em casos de aumento de renda da mulher. Quando uma mulher é dependente financeiramente do seu companheiro, a utilidade do casamento para ela é máxima. Por outro lado, a utilidade de reserva do casamento é mínima – a mulher é mais tolerante com insatisfações no casamento, inclusive aceitando situações de violência, por este ser vantajoso para ela. Conforme a renda dessa mulher vai aumentando, a utilidade do casamento vai diminuindo até ele deixar de ser útil do ponto de vista econômico. Nesse momento, essa mulher seria financeiramente autossuficiente em relação ao seu sustento e de seus filhos e não precisaria do companheiro para sua subsistência. Em contraste, a utilidade de reserva do casamento nesse novo cenário aumenta. Na prática, isso significa que a mulher tem

uma tendência menor a tolerar frustrações, passando a não admitir a violência perpetrada pelo companheiro (FARMER; TIEFENTHALER, 1997).

Outro modelo explicativo das relações entre renda e VPI foi proposto por Bloch e Rao (2002) em oposição ao modelo anterior. Esse modelo é aplicável somente para a violência de forma extrativa. Para esses casos, o autor propõe que o aumento da renda da mulher sempre irá gerar um aumento na VPI. Esse padrão de violência é bastante comum em países nos quais ainda existe pagamento de dote para o futuro marido da filha. Nesses casos, é frequente que as famílias, com a intenção de conseguir bons casamentos para suas filhas, prometam dotes exorbitantes, não tendo como cumprir o combinado após o casamento. Assim, o marido se sente enganado pela família da noiva e ameaça anular o casamento ou usar violência, caso o pagamento não seja concretizado (BLOCH; RAO, 2002).

Ainda que esses conceitos ajudem a construir um raciocínio teórico das relações entre empoderamento econômico feminino e VPI, não existe consenso sobre o tema. Há indícios de que essas relações também possam ser explicadas pelas variações socioculturais entre os diferentes contextos de estudo. Em países com uma cultura mais patriarcal e machista, o aumento da renda da mulher pode ser percebido pelo parceiro como uma inversão de valores e função dentro da família, aumentando a probabilidade de violência contra a mulher. No entanto, em lugares em que noções de igualdade de gênero são mais propagadas na população, o aumento da renda da mulher pode ser visto de forma positiva. O companheiro pode se sentir aliviado de ter uma parceira com quem dividir as finanças da família, o que levaria a uma redução da violência por redução do estresse familiar (VYAS; WATTS, 2009).

Para que se possa compreender melhor como se estabelecem as relações entre o aumento da renda da mulher e a VPI, estudos empíricos em diferentes contextos socioculturais parecem oportunos.

1.3.2 Algumas evidências empíricas sobre o tema

O primeiro artigo com evidências empíricas sobre a possível associação entre PM e VPI foi publicado em 1996. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa realizada por Schuler e colaboradores em Bangladesh (SCHULER, 1996). A parte quantitativa dessa pesquisa teve por objetivo avaliar se a participação de mulheres em grupos de microcrédito estaria associada

à diminuição da VPI. Foi realizado um estudo transversal em comunidades rurais que tinham acesso a dois diferentes tipos de microcrédito, *Grameen Bank*³ e *Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee*³ (BRAC), e em comunidades que não tinham acesso a esses programas.

Contando com a participação de 1225 mulheres, o estudo explorou os efeitos da exposição ao programa de crédito na VPI através de modelos de regressão logística na qual a exposição foi disposta em 4 categorias: (1) comunidades sem programas de microcrédito (referência); (2) mulheres que não eram membros de programa de microcrédito, mas que moravam em locais com acesso a esses programas; (3) mulheres integrantes do BRAC; e (4) mulheres integrantes do *Grameen Bank*. A pesquisa mostrou que participar de programas de microcrédito constituiu fator de proteção para VPI com OR = 0,30; para *Grameen Bank* e OR = 0,44; para BRAC. Mulheres não membros moradoras de comunidades onde havia microcrédito também se mostraram beneficiadas com a intervenção (OR = 0,66). Segundo os autores, tais efeitos seriam decorrentes do fato de as mulheres passarem a ter suas vidas mais públicas a partir dos projetos iniciados com o microcrédito, inibindo a violência por parte do parceiro. Além disso, o ambiente mais favorável à mulher nas comunidades onde os programas de microcrédito atuam teriam uma influência positiva em todas as mulheres do local e não somente às integrantes dos programas, o que explicaria a redução da VPI também entre estas (SCHULER, 1996).

A partir dos anos 2000, impulsionados pelos objetivos propostos pelas “Metas do Milênio”, outros estudos mostrando que os programas de microcrédito seriam uma boa estratégia para a diminuição e prevenção da VPI começaram a ser divulgados (HADI, 2005; KIM et al., 2007; DUTT et al., 2015). Em 2006, foi publicado o primeiro ensaio comunitário randomizado por conglomerado com o objetivo de avaliar se o empoderamento econômico feminino através de programas de microcrédito tinha impacto na diminuição da VPI e na incidência de contaminação por HIV. Essa pesquisa foi realizada na África do Sul em 8 vilas pareadas segundo o tamanho e condições de acessibilidade. Em cada par, uma vila recebia a intervenção e a outra funcionava como comparador, recebendo a intervenção somente no final de dois anos, tempo de duração do estudo. A intervenção, chamada de IMAGE, era composta pela combinação de um programa de microcrédito com um treinamento participativo para esclarecimentos sobre infecção por HIV, gênero, violência doméstica e sexualidade. Como desfecho principal, a VPI física ou sexual referente ao ano anterior à entrevista foi mensurada

³ Grameen Bank e Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee (BRAC) são programas de microcréditos oferecido por diferentes agências financiadoras. Esses programas provêm crédito à mulheres para que essas possam iniciar um pequeno negócio.

através do instrumento de aferição da OMS. Como desfecho secundário, foi avaliado o comportamento controlador por parceiro íntimo. Após dois anos de estudo, participar do IMAGE foi considerado fator de proteção para a violência física e sexual perpetrada por parceiro íntimo ($RR_{ajustado} = 0,45$). Em relação ao comportamento controlador, ainda que o risco relativo tenha sido protetor, não houve significância estatística ($RR_{ajustado} = 0,80$) (KIM et al., 2007).

A relação entre microcrédito e VPI é complexa e os benefícios podem não ser observados em todos os contextos socioeconômicos e culturais. Nem todas as pesquisas realizadas com essa temática encontram resultados positivos, ou seja, diminuição/prevenção da VPI. Um exemplo dessa falta de consenso é mostrado pela pesquisa desenvolvida por Ahmed e colaboradores (2005). Trata-se de um estudo transversal realizado em uma vila de Bangladesh. A pesquisa foi realizada com 2044 mulheres casadas que faziam parte (20%) ou não (80%) de programas de microcrédito. A VPI foi mensurada através de um questionário que continham perguntas sobre violência física e psicológica nos últimos quatro meses. A intervenção acontecia em três fases. Na primeira, a mulher era incentivada a fazer uma pequena economia para poder participar do programa através de uma taxa de adesão. Na segunda fase, a mulher continuava pagando a taxa de adesão e recebia crédito para montar o seu empreendimento. Já na terceira fase, além da economia e do crédito, a mulher recebia treinamento de como gerir o seu negócio. É importante salientar que as categorias da intervenção foram consideradas um *proxy* para o tempo que a mulher participava do programa. Nessa intervenção, a credora iniciava como “membro economia” e ia progredindo até chegar a “membro economia + crédito + treinamento” em um tempo estimado de um ano.

A exposição foi categorizada em quatro níveis: (1) mulheres não membro (referência); (2) membro economia; (3) membro economia + crédito; (4) membro economia + crédito + treinamento. As estimativas pontuais da violência aumentaram no segundo ($OR = 1,36$) e no terceiro nível ($OR = 1,47$) e diminuíram no último nível ($OR = 0,64$), porém nenhum dos resultados foi estatisticamente significativo. Ainda que não significantes, o autor suscitou explicação para os resultados encontrados. No momento em que a mulher passa a fazer parte do programa de microcrédito, a violência aumenta devido a um período de adaptação do casal ao novo *status* social e econômico da mulher. Passado esse estágio inicial, o risco de violência diminuiria devido ao empoderamento econômico da mulher (AHMED, 2005).

Outra pesquisa realizada em Bangladesh vai de encontro a todas as expectativas criadas em torno dos programas de microcrédito como intervenção eficaz para diminuir e

prevenir a VPI. Trata-se de um estudo transversal com representatividade nacional realizado com 4465 mulheres que haviam respondido ao módulo de VPI. O principal objetivo da pesquisa foi examinar a associação entre microcrédito e VPI em diferentes estratos socioeconômicos. A VPI física e sexual foi mensurada através de uma versão curta do *Conflict Tactics Scale (CTS)*. Como intervenção, foi considerado qualquer programa de microcrédito existente na área de residência da mulher. Segundo os autores, participar de programas de microcrédito se mostrou associado ao aumento da VPI física, mas não à violência sexual. Em relação à violência física moderada, duas variáveis foram consideradas no modelo como fonte de interação epidemiológica: equidade conjugal e escolaridade da mulher. Quando a mulher tinha autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde (decisão de ir ao médico, tomar um medicamento, etc.), situação *proxy* de maior equidade entre o casal, o risco de VPI física moderada aumentou, conforme aumentava a escolaridade da mulher. Os OR foram de 1,21 (IC95%: 0,93 – 1,56) para mulheres sem escolaridade; 1,83 (IC95%: 1,39 – 2,40) para mulheres com escolaridade primária; 2,74 (IC95%: 2,03 – 3,69) para mulheres com escolaridade secundária e 3,20 (IC95%: 1,62 – 6,34) para mulheres com alta escolaridade. Já nas famílias nas quais a mulher não tinha autonomia para decidir sobre sua própria saúde, os resultados não foram estatisticamente significativos (OR variando de 1,14 a 1,47). O mesmo comportamento foi observado para a violência física grave. Esses resultados sugerem que os homens podem ter alguma resistência em aceitar mulheres menos submissas e com maior autonomia. Esse motivo explicaria o aumento da violência em mulheres com maior escolaridade e poder de decisão (DALAL et al., 2013).

Em relação aos programas de transferência de renda, também existem algumas evidências mostrando a associação dessas intervenções com a VPI. No Equador, 1250 mulheres participaram de um ensaio comunitário randomizado. Foram elegíveis a participar da pesquisa mulheres casadas, que tivessem pelo menos um filho em idade pré-escolar, que não tivessem crianças com mais de seis anos de idade e que nunca tivessem participado de programas de transferência de renda, no caso, o *Bono Desarrollo Humano (BDH)*, programa de transferência de renda não condicional. A randomização aconteceu em seis províncias e foi estratificada por população rural e urbana. O grupo intervenção recebeu o benefício do BDH, 100 sucres, o equivalente a 15 dólares, e o grupo controle recebeu o crédito no final do período de seguimento da pesquisa, que durou dois anos. A violência física, psicológica e comportamento controlador foram mensurados através de dez perguntas isoladas. Não houve associação entre participar ou não do *BDH* com a violência física e o comportamento

controlador. No entanto, para a violência psicológica, os autores relataram que o efeito da transferência de renda na VPI foi dependente do nível de escolaridade da mulher e da diferença entre a escolaridade da mulher e de seu parceiro. Para mulheres com escolaridade maior que a primária, participar do *BDH* diminuiu a VPI psicológica. No entanto, para mulheres com escolaridade primária ou inferior, o efeito da transferência de renda se mostrou dependente do nível de escolaridade da mulher em relação ao parceiro. A transferência de renda aumentou a probabilidade de VPI psicológica apenas quando o nível educacional da mulher era igual ou maior do que o do seu parceiro (HIDROBO; FERNALD, 2013).

Outras pesquisas também exploraram a modificação de efeito por variáveis socioeconômicas na relação entre programa de transferência de renda e VPI. A pesquisa conduzida por Angelucci e colaboradores (2008) observou que o valor da renda transferido atuou como um modificador na relação PTR e violência física. Nessa pesquisa, a transferência de renda de pequenas quantias protegeu a mulher da violência física. Em contrapartida, valores altos aumentaram o risco para essa forma de violência (ANGELUCCI, 2008). Em outra publicação, foi encontrado que a transferência de renda protegia mulheres em áreas urbanas, porém não tinha efeito em áreas rurais (AÍSA, 2014).

Tendo visto as modificações de efeito relacionadas às variáveis socioeconômicas na relação entre ser beneficiária de PTR e a VPI, outras variáveis poderiam ser incorporadas em análises futuras. Características como renda da mulher, renda *per capita* familiar, proporção da renda da mulher na renda familiar, entre outras, poderiam ser testadas em estudos subsequentes.

1.3.3 Algumas revisões sistemáticas sobre o tema

Como pode ser observado, muitos estudos tentaram explorar a relação entre PM / PTR e a VPI em diversos contextos culturais, sociais e econômicos. No entanto, não há um consenso sobre se essas intervenções são efetivas para diminuir ou prevenir a VPI contra mulheres. Com a crescente publicação de pesquisas sobre o tema, algumas revisões sistemáticas objetivaram elucidar essa questão. Atualmente, a literatura conta com quatro revisões sistemáticas que abarcam o tema de maneira direta ou indireta.

A primeira revisão foi conduzida por Vyas e Watts em 2009. Seu objetivo foi identificar se o empoderamento econômico ou social feminino estava associado a um menor risco de VPI contra a mulher. Foi considerado empoderamento econômico a presença de trabalho remunerado ou o recebimento de algum tipo de benefício financeiro do governo pela mulher. O empoderamento social foi indicado pela situação de pobreza e pelo nível de escolaridade. A busca dessa revisão foi realizada somente na base *Medline* e reuniu artigos publicados até 2007. Os critérios de inclusão considerados foram: idioma (somente artigos em inglês), países de baixa e média renda, pesquisas de base populacional e que fornecessem o valor do risco de VPI controlado pela idade da mulher ou tempo de relacionamento.

Trinta estudos foram recuperados. Em referência ao empoderamento econômico, essa revisão concluiu que a autonomia econômica é um fator de proteção para a VPI. No entanto, os autores apontaram que em alguns contextos econômicos específicos, a independência financeira da mulher pode vir a aumentar o risco de a mulher se tornar vítima (VYAS; WATTS, 2009). Apesar dos resultados promissores encontrados, essa revisão tem algumas limitações, tais como ter um caráter narrativo, ter sido restrita à base *Medline* e ter contemplado apenas artigos publicados em inglês. Além disso, a revisão considerou qualquer intervenção/característica que promovesse empoderamento econômico e social. Assim, intervenções/características bastante distintas foram agrupadas, o que impossibilitou identificar o efeito específico de cada uma delas na VPI.

Uma segunda revisão publicada em 2015 teve como objetivo principal avaliar o impacto de intervenções econômicas no empoderamento das mulheres participantes. Como desfecho secundário, foi avaliado o impacto desses programas no risco de VPI. Devido à busca da revisão não ter considerado a VPI como um desfecho principal, apenas cinco artigos sobre intervenções econômicas e VPI foram selecionados, sendo que, destes, somente dois foram considerados com baixo ou médio risco de viés para serem incluídos na metanálise. Devido à escassez de artigos, os autores chegaram à conclusão de que não poderiam afirmar se as intervenções econômicas consideradas na revisão teriam alguma influência no risco de VPI (BRODY et al., 2015).

A terceira revisão teve por objetivo principal avaliar o impacto de intervenções (econômicas, sociais ou a combinação dessas duas modalidades) na prevalência ou incidência da VPI. O objetivo secundário foi avaliar o impacto das intervenções em outros desfechos relacionados à VPI. A revisão foi realizada utilizando-se duas bases de dados bibliográficos, *Medline* e *Web of Science*, além de contar com consultas a especialistas no tema. Os critérios

de inclusão foram: artigos originais, em língua inglesa e publicados entre janeiro de 2000 e maio de 2015. Foram selecionadas 16 pesquisas, elaboradas em nove países diferentes. Treze estudos demonstraram que as intervenções estruturadas diminuíam a VPI e o comportamento controlador do parceiro, melhoravam o bem-estar econômico da mulher e o relacionamento conjugal e reduziam a aceitabilidade para VPI. Assim, considerando todos os desfechos benéficos em saúde encontrados, os autores concluíram que intervenções econômicas e sociais podem ser utilizadas como uma ferramenta de promoção de políticas públicas voltadas para mulheres (BOUREY et al., 2015). Apesar de ser um importante avanço na consolidação das evidências sobre o tema, pode ser considerado uma limitação do estudo o fato de a revisão ter sido restrita a publicações em revistas indexadas em apenas duas bases de dados e não incluir a literatura cinzenta. É possível que muitos artigos elegíveis não tenham sido incluídos, especialmente aqueles divulgados em revistas de menor circulação, de outro idioma que não o inglês e desenvolvidos em países de baixa e média renda, onde as dificuldades para publicação são mais evidentes.

Por fim, a mais recente revisão foi publicada por Gibbs e colaboradores em 2017. O objetivo foi avaliar se intervenções econômicas (PM ou PTR) são capazes de prevenir todas as formas VPI e/ou o HIV. A revisão incluiu artigos científicos publicados apenas em inglês entre janeiro de 2000 e janeiro de 2015 em três bases de dados (*Medline*, *Web of Science* e *EbscoHost*). O *Google Scholar* foi usado para identificar literatura cinzenta. Observou-se que os PTR não mostraram nenhum efeito em prevenir a violência; PM tiveram resultados mistos, com alguns estudos mostrando aumento, diminuição e nenhum efeito na VPI. Entretanto, os estudos que combinaram microcrédito com intervenções de gênero obtiveram resultados favoráveis à diminuição da VPI. Apesar de trazer resultados bastante interessantes, o estudo tem uma grande limitação, já que os resultados apresentados foram agrupados apenas pelo tipo de intervenção, não esclarecendo os efeitos dos programas de acordo com as diferentes formas de violência (GIBBS et al., 2017). Além disso, importantes referências não foram recuperadas pelas estratégias de seleção utilizadas.

1.3.4 Evidências nacionais sobre as relações entre o Programa Bolsa Família (PBF) e a violência entre parceiros íntimos

No melhor do conhecimento, no Brasil, apenas duas pesquisas se propuseram a estudar as relações entre o PBF e a VPI. Ambos os estudos tiveram uma abordagem qualitativa. No primeiro, realizado pelo MDS, foram entrevistadas 145 mulheres beneficiadas pelo PBF em 10 cidades brasileiras, sendo quatro delas capitais (Belo Horizonte, São Luís, Belém e Aracaju), duas de zonas urbanas de médio porte (Candeias-BA e Floriano-PI) e quatro predominantemente rurais (Passo de Camaragibe-AL; Ecoporanga-ES, Chapada do Norte-MG e Riachão-MA). Nessa pesquisa, foram observados três claros impactos do PBF nas condições sociais das mulheres beneficiárias, a saber, (i) a visibilidade das beneficiárias como consumidoras, já que o benefício lhes confere maior poder de compra; (ii) a afirmação da autoridade dessas mulheres no espaço doméstico, decorrente da capacidade de compra suscitada pelo benefício; e (iii) a mudança de percepção das beneficiárias sobre si próprias como cidadãs, o que se tornou possível, especialmente, após o momento em que foram obrigadas a lavrarem documentos, tais como a certidão de nascimento e a carteira de identidade para o cadastro no PBF (MDS, 2006).

Algumas entrevistadas relataram poder decidir o que comprar para a casa, para os filhos e para si próprias sem precisar pedir permissão ao companheiro após ganharem o benefício do PBF. Algumas mulheres também relataram que, por contribuírem para as despesas domésticas de uma maneira geral, a sua opinião sobre como a renda deveria ser empregada passou a ser levada em consideração pelo parceiro. Perante os filhos, a autoridade da mulher também foi reforçada por estas não dependerem, exclusivamente, da renda de seus maridos, além de funcionar como uma estratégia na negociação com crianças e adolescentes (MDS, 2006). Ainda nesse estudo, a diminuição da VPI física foi relatada por 42,8% das mulheres entrevistadas. Manifestações mais abrangentes da violência, como a falta de independência do companheiro, a baixa autoestima provocada por maus-tratos e a impossibilidade de se separar do companheiro, não foram percebidas como expressão ou consequência da VPI. Algumas falas de entrevistadas ilustram a percepção das mulheres com relação aos efeitos do programa na vivência de violência física e psicológica por parte do companheiro (MDS, 2006):

Se eu não tenho a renda, tenho que ficar de boca fechada. Levantou a autoestima. Antes eu vivia embaixo dos pés de meu marido. Eu agora posso escolher o que fazer.

Porque o marido fala direito com a mulher, porque ela pode ir embora de casa. A mulher agora tem o dinheiro dela.

Sim, isso é verdade mesmo. Antigamente ele me batia.

Com certeza. Porque quando ela não tinha nada, tudo eles jogavam na cara. Com ela recebendo o benefício, eles não fazem mais assim.

A segunda pesquisa qualitativa foi realizada pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). A proposta foi trazer, por meio de entrevistas com mulheres titulares do PBF residentes de Duque de Caxias, a possibilidade de conhecer as experiências e vivências relacionadas ao recebimento e utilização do benefício e de compreender os significados que essas mulheres atribuíam às mudanças e permanências nas suas vidas desde o ingresso no programa. A partir de entrevistas semiestruturadas com dez mulheres beneficiárias do programa e de uma análise do material transcrito das entrevistas via análise de conteúdo, foram levantados alguns temas. Estes foram classificados em: (1) questões ligadas ao programa, (2) questões ligadas às mulheres e (3) questões ligadas aos filhos (COSTA et al., 2015).

Sobre as questões ligadas ao programa, ficou evidente que a titularidade do PBF simboliza para as beneficiárias segurança, autonomia e liberdade, principalmente para aquelas que anteriormente ao recebimento do PBF dependiam da renda do marido ou ex-marido (MARESI, 2017). Sobre as questões relacionadas às mulheres, é destaque o relato de uma entrevistada que se separou do marido após entrar para o PBF (COSTA et al., 2015). Na narrativa, ela diz:

Antes eu não tinha renda alguma, eu vivia humilhada, apanhando, né? E era submissa a isso porque eu não tinha renda (...) aí eu me senti bem mais segura de me separar. Hoje eu vivo bem e as minhas filhas também. – Lúcia (COSTA et al., 2015)

Em relação às questões relacionadas aos filhos, as mulheres expressaram um entendimento de que o benefício é um dinheiro da mulher, destinado principalmente às necessidades da casa e das crianças, como: comida, medicamentos, roupas, consulta médica, internet e material escolar (MARESI, 2017).

Diante das considerações teóricas e evidências empíricas apresentadas ao longo da seção “Referencial teórico”, é plausível que os programas de microcrédito e de transferência de renda empoderem a mulher em seus ambientes doméstico e social, reduzindo a VPI. Além disso, a partir da exposição sobre o PBF, seu funcionamento e o relato sobre empoderamento econômico e social mencionado nos relatos das beneficiárias, é possível supor que o PBF também possa estar relacionado à diminuição da prevalência de VPI. Essa conjectura é a principal hipótese desta tese.

2 JUSTIFICATIVA

A VPI é um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Para o seu enfrentamento, alguns autores têm proposto que a valorização da mulher através de intervenções (microcrédito e transferência de renda) que promovam seu empoderamento econômico pode ser uma importante estratégia para a redução da vitimização feminina. Entretanto, as evidências não são unânimes em apontar esse caminho. Há controvérsias e lacunas, possivelmente relacionadas aos diferentes contextos socioculturais estudados.

Esta tese tem como objetivo ampliar as evidências sobre efeito de intervenções econômicas na VPI e entender se os resultados dessas ações são dependentes do contexto, condições econômicas, sociais e culturais das mulheres participantes dos programas de empoderamento econômico. Como exposto anteriormente, algumas revisões sistemáticas foram realizadas nessa mesma direção. No entanto, limitações podem ser apontadas em todas elas.

A revisão proposta por Vyas e Watts (2009), por exemplo, foi uma revisão narrativa. As buscas foram realizadas somente na base de dados *Medline* e foram contemplados apenas artigos escritos em inglês. Além disso, intervenções/características bastante distintas foram agrupadas, ficando difícil identificar o efeito específico de cada uma delas na VPI.

Já o trabalho de Brody e colaboradores (2015) teve como desfecho principal o empoderamento da mulher. A VPI foi considerada desfecho secundário, e poucos artigos sobre o tema foram selecionados, ainda que haja um esboço de uma metanálise (incluindo 2 artigos) para o risco de VPI.

A revisão de Bourey e colaboradores (2015), por sua vez, abarcou somente duas bases de dados, sendo incluídos na síntese apenas artigos publicados em inglês. Muitos artigos elegíveis deixaram de ser incluídos nessa revisão.

Por fim, a última revisão avaliou somente artigos publicados em inglês de duas bases de dados no período de 2000-2015. Os autores apresentaram resultados relativos às violências em conjunto e não foi possível distinguir o papel dos programas em cada tipo de violência (GIBBS et al., 2017).

Como visto, apesar das revisões sobre o tema terem trazido contribuições para a discussão do tema, muitas lacunas ainda são encontradas na literatura, especialmente no que concerne aos estudos de PM e PTR escritos em idiomas diferentes de inglês. Espera-se ampliar a abrangência e escopo das revisões anteriores nesta nova revisão da literatura.

A possibilidade de acrescentar as informações sobre as consequências do maior programa de transferência de renda do mundo – o Programa Bolsa Família – também justifica o interesse sobre o tema. De acordo com os modelos teóricos e os estudos qualitativos, é possível supor que o PBF esteja relacionado à diminuição da VPI entre as mulheres beneficiadas. No entanto, existem poucos estudos que tenham explorado essa associação. Além disso, algumas pesquisas exploraram variáveis modificadoras de efeito na relação entre PTR e VPI.

A pesquisa conduzida por Angelucci e colaboradores observou que o valor da renda transferido atuou como um modificador na relação PTR e violência física. Nessa pesquisa, a transferência de renda de pequenas quantias protegeu a mulher da violência física. Em contrapartida, valores altos aumentaram o risco para essa forma de violência (ANGELUCCI, 2008). Em outra publicação, Hidrobo e Fernald (2013) encontram modificação do efeito pela escolaridade da mulher em relação ao seu companheiro. Para finalizar, em 2014, uma pesquisa encontrou que a transferência de renda protegia mulheres em áreas urbanas, porém não tinha efeito em áreas rurais (AÍSA, 2014). Dessa forma, estudos futuros devem estar atentos a explorar a possibilidade de modificação de efeito por variável socioeconômica, por exemplo, renda *per capita* familiar, para explorar a relação entre PTR e VPI.

Além disso, espera-se que a escolha desse tema possa contribuir para uma maior discussão sobre a necessidade de ampliar as políticas públicas que visem à igualdade de gênero e ao empoderamento feminino, meta número cinco dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* propostos pela ONU para 2030.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar as relações entre a participação em PTR e PM e a ocorrência de VPI.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar a influência da participação da mulher em PTR e PM no risco de VPI física, psicológica e sexual contra a mulher através de uma revisão sistemática (artigo 1).
- Avaliar se ser beneficiária do PBF pode ser considerado fator de proteção para a ocorrência de VPI física e psicológica contra mulher, considerando a possibilidade de a renda *per capita* familiar atuar como modificador do efeito na relação entre PBF e VPI (artigo 2).

4 MATERIAIS E MÉTODO

Esta seção é subdividida em duas subseções, que apresentam os procedimentos e métodos utilizados para alcançar cada um dos objetivos da tese e, por extensão, os dois artigos científicos, seus principais produtos.

4.1 **Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is sufficient to decrease intimate partner violence? Evidence from a comprehensive systematic review – manuscrito 1.**

4.1.1 Desenho de estudo

O presente estudo é uma revisão sistemática. Seu protocolo foi cadastrado na *International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)*, uma base de dados internacional onde são publicados protocolos de revisões sistemáticas na área da saúde, com o objetivo de evitar duplicidade. A revisão foi registrada sob o código 2016: CRD42016035980.

4.1.2 Pergunta da revisão

A pergunta da revisão sistemática foi estruturada através da estratégia PICO (HIGGINS et al., 2011), de acordo com o exposto no quadro 3.

Quadro 3 - Estruturação da pergunta de pesquisa através da estratégia PICO

P	Mulheres elegíveis aos programas de microcrédito ou transferência de renda
I	Programas de microcrédito ou transferência de renda (condicional ou não condicional) que tenham mulheres como beneficiárias.

C	Mulheres elegíveis que não receberam crédito ou transferência de renda.
O	Risco de Violência física, psicológica, sexual cometido por parceiro íntimo contra a mulher.

4.1.3 Estratégia de busca

Primeiramente, foi realizada uma busca não sistemática em diversas bases de dados para melhor compreender o assunto estudado e determinar as palavras-chave que melhor descreveriam os programas de transferência de renda e microcrédito, assim como a VPI. A partir dessa etapa, as estratégias de busca foram construídas pela equipe da pesquisa, composta por epidemiologistas especialistas em VPI e pesquisadora com formação em Saúde Coletiva, com experiência em procedimentos e métodos de revisão sistemática e metanálise.

A estratégia de busca foi construída para o *Medline* e adaptada para as demais. Ao todo, nove bases de dados foram acessadas (*Medline, Lilacs, Cochrane, Embase, Science Direct, Psycinfo, Scopus, WHOLIS* e *Open Gray*) sendo as duas últimas específicas para “literatura cinzenta”⁴. Também foram realizadas buscas manuais entre as referências dos artigos selecionados na busca, assim como consultas ao Google Acadêmico. Todas as buscas foram realizadas em janeiro de 2018. Não houve restrição de idiomas.

⁴ Consideram-se literatura cinzenta publicações não convencionais como relatórios, teses, atas de conferências, especificações técnicas e normas, traduções não comerciais, bibliografias, documentação técnica e comercial, bem como documentos oficiais não publicados comercialmente, relatórios de governo e documentos.

Science direct	"intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "spouse abuse" OR "battered woman" OR "wife abuse" OR "family violence" OR "partner violence") AND ("income" OR "small business" OR "cash transfer" OR "public transfer" OR "micro-credit" OR "micro credit" OR "microcredit" OR "income generation" OR "income generating" OR "economic empowerment" OR "cooperatives" OR "micro-finance" OR "micro finance" OR "micro-enterprise" OR "micro enterprise" OR "microenterprise" OR "business, small" OR "small loans" OR "micro loans" OR "microloans" OR "micro-loans" OR "income generation programs" OR "income generation program" OR "program, income generation" OR "programs, income generation" OR "savings" OR "income distribution" OR "distribution, income" OR "distributions, income" OR "income distributions" OR "family income"	1326
Psycoinfo	("domestic violence" OR "battered woman" OR "family violence" OR "intimate partner violence" OR "spouse abuse" OR "wife abuse" OR "partner violence") AND ("income" OR "small business" OR "cash transfer" OR "public transfer" OR "micro-credit" OR "micro credit" OR "microcredit" OR "income generation" OR "income generating" OR "economic empowerment" OR "cooperatives" OR "micro-finance" OR "micro finance" OR "micro-enterprise" OR "micro enterprise" OR "microenterprise" OR "business, small" OR "small loans" OR "micro loans" OR "microloans" OR "micro-loans" OR "income generation programs" OR "income generation program" OR "program, income generation" OR "programs, income generation" OR "savings" OR "income distribution" OR "distribution, income" OR "distributions, income" OR "income distributions" OR "family income")	44
Scopus	("domestic violence" OR "battered woman" OR "family violence" OR "intimate partner violence" OR "spouse abuse" OR "wife abuse" OR "partner violence") AND ("income" OR "small business" OR "cash transfer" OR "public transfer" OR "micro-credit" OR "micro credit" OR "microcredit" OR "income generation" OR "income generating" OR "economic empowerment" OR "cooperatives" OR "micro-finance" OR "micro finance" OR "micro-enterprise" OR "micro enterprise" OR "microenterprise" OR "business, small" OR "small loans" OR "micro loans" OR "microloans" OR "micro-loans" OR "income generation programs" OR "income generation program" OR "program, income generation" OR "programs, income generation" OR "savings" OR "income distribution" OR "distribution, income" OR "distributions, income" OR "income distributions" OR "family income")	17899
Wholis	" domestic violence" OR "battered woman" OR "family violence" OR "intimate partner violence" OR "spouse abuse" OR "wife abuse" OR "partner violence" AND words or phrase "cash transfer" OR "public transfer" OR "micro-credit" OR "micro credit" OR "microcredit" OR "income generation" OR "income generating" OR "employment" OR "economic empowerment" OR "cooperatives" OR "micro-finance" OR "micro finance" OR "micro-enterprise"	59
Open grey	"domestic violence" AND "cash transfer" OR "public transfer" OR "microcredit"	50

4.1.4 Critério de elegibilidade

4.1.4.1 Tipo de estudo

Foram elegíveis todos os estudos epidemiológicos, independente do desenho, desde que oferecessem um grupo comparador.

4.1.4.2 Participantes

Foram incluídos apenas estudos que tivessem mulheres como beneficiárias da intervenção.

4.1.4.3 Intervenção

Como apontado na seção de revisão da literatura, PM são programas que fazem pequenos empréstimos para mulheres em situação de vulnerabilidade social com o objetivo de iniciar um pequeno empreendimento.

Já os PTR são programas voltados para aliviar a pobreza de famílias ou indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade, através da distribuição mensal de recursos. Podem ser condicionais – quando há condições a serem cumpridas para o recebimento do benefício; ou não condicionais – quando não há nenhum requisito a ser cumprido.

4.1.4.4 Grupo comparador

Mulheres elegíveis não beneficiárias do programa de microcrédito ou transferência de renda

4.1.4.5 Desfecho

O desfecho de interesse central é o risco de violência física, psicológica e sexual perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher.

4.1.5 Seleção dos artigos

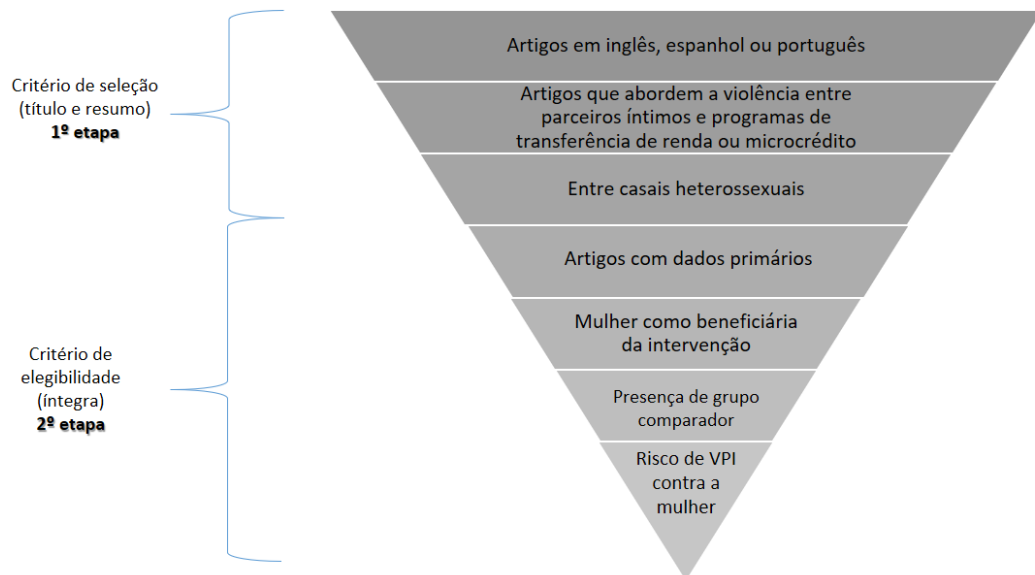
Após a busca, todas as referências foram importadas para um gerenciador de referências (EndNote X6, 2012). As duplicatas foram retiradas utilizando-se o *software* previamente citado. Foram considerados artigos científicos, documentos institucionais, teses e dissertações.

A seleção desses artigos/documentos foi realizada por duas pesquisadoras que trabalharam de forma independente (T. H. Leite e E. S. Marques)⁵. A execução foi realizada em duas etapas, com o uso do *software* EpiData. Na primeira etapa, os artigos foram selecionados baseados na leitura do título e resumo, seguindo-se os seguintes critérios de inclusão: artigos/documentos em inglês, português ou espanhol; sobre programas de microcrédito ou transferência de renda e VPI; com casais heterossexuais. Nessa etapa, os artigos/documentos poderiam ser selecionados ou excluídos. As dúvidas foram solucionadas com a leitura do texto na íntegra.

Os textos selecionados na primeira etapa foram lidos na íntegra. Na segunda etapa, foram aplicados os seguintes critérios de elegibilidade: artigos/documentos com dados primários; mulher como beneficiária da intervenção; apresentação de grupo comparador e, por fim, desfecho contendo informações sobre risco de VPI física, psicológica ou sexual contra a mulher. Nessa etapa, todas as dúvidas foram discutidas entre as duas pesquisadoras até que um consenso fosse alcançado. A figura 2 mostra de forma esquemática como os critérios de seleção e de elegibilidade foram aplicados.

⁵ Tatiana Henriques Leite e Emanuele Souza Marques

Figura 2 – Pirâmide explicativa dos critérios de seleção e elegibilidade.



Fonte: A autora, 2018

4.1.6 Extração dos dados

Os dados foram extraídos pelas pesquisadoras de maneira independente. Foi construído um formulário de extração em EpiData, contemplando diversos itens de interesse: identificação do artigo; questões metodológicas (desenho de estudo, aferição do desfecho, tipo de análise utilizada etc.); informações demográficas das participantes do estudo (idade, escolaridade, número de filhos, etc.); e informações de prevalência e risco entre microcrédito e PTR em relação à VPI. As duas extrações foram comparadas e as divergências foram conferidas no artigo/documento original.

4.1.7 Avaliação da qualidade metodológica

Para a avaliação da qualidade dos estudos, foram utilizados critérios específicos para estudos experimentais (10 critérios) e transversais/séries de casos (9 critérios), conforme a recomendação explicitada na referência “*The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015*” (Institute, 2014). O quadro 5 apresenta os itens avaliados em estudos experimentais.

Quadro 5 – Ferramenta de apreciação crítica de estudos experimentais.

1. A distribuição para os grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?
2. Os participantes foram cegados quanto à alocação do tratamento?
3. O pesquisador que realizou a alocação foi cegado?
4. Os desfechos das pessoas que desistiram/perdas foram descritos e incluídos na análise?
5. Os pesquisadores que avaliaram os desfechos foram cegados quanto à alocação dos grupos?
6. Os grupos-controle e tratamento eram comparáveis no início da pesquisa?
7. Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto pela intervenção?
8. Os desfechos foram medidos da mesma forma nos grupos-controle e tratamento?
9. Os desfechos foram medidos de forma confiável?
10. Foi utilizada análise estatística apropriada?

O quadro 6 apresenta os itens avaliados para os estudos transversais. Visando aumentar a adequação do questionário a esse desenho de estudo, o item 6 do roteiro foi excluído, enquanto o item 7 precisou ser adaptado, passando a captar a taxa de resposta da população elegível à participação na pesquisa. Foi considerada adequada a taxa de resposta igual ou superior a 85% (ROTHMAN, 2012).

Quadro 6 – Ferramenta de apreciação crítica de estudos transversais/série de casos

1. A pesquisa foi baseada em uma amostra randomizada ou pseudo-randomizada?
2. Os critérios para inclusão na pesquisa foram claramente definidos?
3. Os fatores de confusão foram identificados e estratégias para seu manejo definidos?
4. Os desfechos foram mensurados utilizando um critério objetivo?
5. Se comparações foram realizadas, existiu uma prévia descrição dos grupos?
6. O tempo de seguimento teve um período apropriado? (não foi utilizado por não ser pertinente a estudos transversais)
7. Os desfechos das pessoas que desistiram/perdas foram descritos e inclusos na análise? (Foi substituído pelo item abaixo)
7. A taxa de resposta da população elegível foi igual ou superior a 85%?
8. Os desfechos foram medidos de forma confiável?
9. Foi utilizada análise estatística apropriada?

4.1.8 Síntese e análise dos resultados

A descrição da literatura selecionada abordou as principais características das pesquisas, como ano de publicação, desenho do estudo, local de sua realização, características da amostra, descrição da intervenção e grupo-controle, tipo e forma de mensuração da VPI e variáveis de ajuste utilizadas nas análises. Os resultados dos estudos foram analisados à luz da forma de violência e de intervenção (microcrédito ou PTR).

Às análises, considerando o conjunto de publicações, seguiram-se outras excluindo os estudos com limitações metodológicas importantes. Optou-se por priorizar os quesitos Q1 (adequação da randomização) e Q8 (estratégia de aferição do desfecho) na análise crítica dos estudos experimentais e transversais, respectivamente.

4.1.9 Aspectos éticos

O estudo não envolveu pesquisa direta com seres humanos, apenas compilação de literatura publicada, não tendo sido necessária aprovação pelo comitê de ética em pesquisa institucional para sua execução.

4.2 Programa Bolsa Família e suas associações com a violência entre parceiros íntimos: uma análise de caminhos via multigrupo – manuscrito 2

Como o presente estudo está abrigado sob um projeto interinstitucional maior, esta seção será dividida em duas partes, a saber: métodos referentes ao estudo de fundo (seção 4.2.1) e métodos referentes ao estudo atual (seção 4.2.2), isto é, ao 2º artigo propriamente dito.

4.2.1 Método referente ao estudo de fundo

4.2.1.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que faz parte do projeto "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".

4.2.1.2 População de estudo

Duque de Caxias é um município da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, situado na região da Baixada Fluminense, figurando como o terceiro município mais populoso

do estado. A região compreende uma das mais consolidadas áreas industriais do estado do Rio de Janeiro, sendo suas principais atividades econômicas a indústria de transformação, a prestação de serviços e o comércio (COSTA NETO, 2002). A cidade tem população, segundo o Censo do IBGE (2010), estimada em aproximadamente 900 mil habitantes e tem IDH de 0,711. A mortalidade infantil foi de 14,63 a cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2010) e a cobertura da atenção básica estava em torno de 35% em 2010 (IBGE, 2010).

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%.

Foram sorteados 15 domicílios particulares permanentes por setor, após varredura prévia com base nos mapas disponibilizados pelo IBGE. Adotou-se um duplo procedimento de amostragem inversa⁶, visando entrevistar até oito domicílios com criança e o complemento para quinze de qualquer outro tipo (sem crianças, podendo ter ou não adolescentes) (HALDANE, 1945).

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 essa 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 por setor (2ª etapa de seleção).

O terceiro estágio contemplou a seleção dos indivíduos de cada domicílio a serem entrevistados, considerando os estratos: (i) somente adultos; (ii) adultos e criança menor de

⁶ Amostragem inversa é o procedimento em que, em vez de determinar o número de domicílios da amostra (entre os quais existe sempre uma taxa de não resposta), opta-se por fixar 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.

trinta meses; (iii) adulto e adolescente; (iv) adulto, criança e adolescente. A seleção de pessoas foi equiprovável entre aquelas dos grupos etários de interesse (criança, adolescente ou adulto), exceto a seleção do responsável pela criança ou pelo adolescente selecionado (geralmente a mãe) incluído na amostra e, portanto, teve probabilidade de inclusão igual a 100%.

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 2.200 adultos (19 a 60, cerca de 50% de cada sexo).

4.2.1.3 Coleta e processamento de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2010 por uma equipe de 12 entrevistadores (6 duplas) devidamente treinados para a função⁷. A digitação dos questionários foi realizada no software CSPRO 3.3 (CSPRO, 2005), efetuada por bolsista de iniciação científica, alunos de graduação da UFRJ e profissional liberal com domínio em informática, e realizada no período de julho de 2010 a janeiro de 2011. A dupla digitação teve início em janeiro com finalização em agosto de 2011.

4.2.1.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009, sob parecer de número 73/2009.

⁷ 40 horas de treinamento para as etapas de aplicação do questionário, medidas antropométricas, consumo alimentar e de pressão arterial.

Seguindo-se a orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2000), os dados foram colhidos mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C) contendo as informações detalhadas da pesquisa, a identificação dos pesquisadores e instituições envolvidas, a garantia da confidencialidade das informações e de sua utilização apenas de forma agregada e a informação da não obrigatoriedade da participação no estudo.

4.2.2 Método referente ao estudo atual (2º artigo)

4.2.2.1 População de estudo

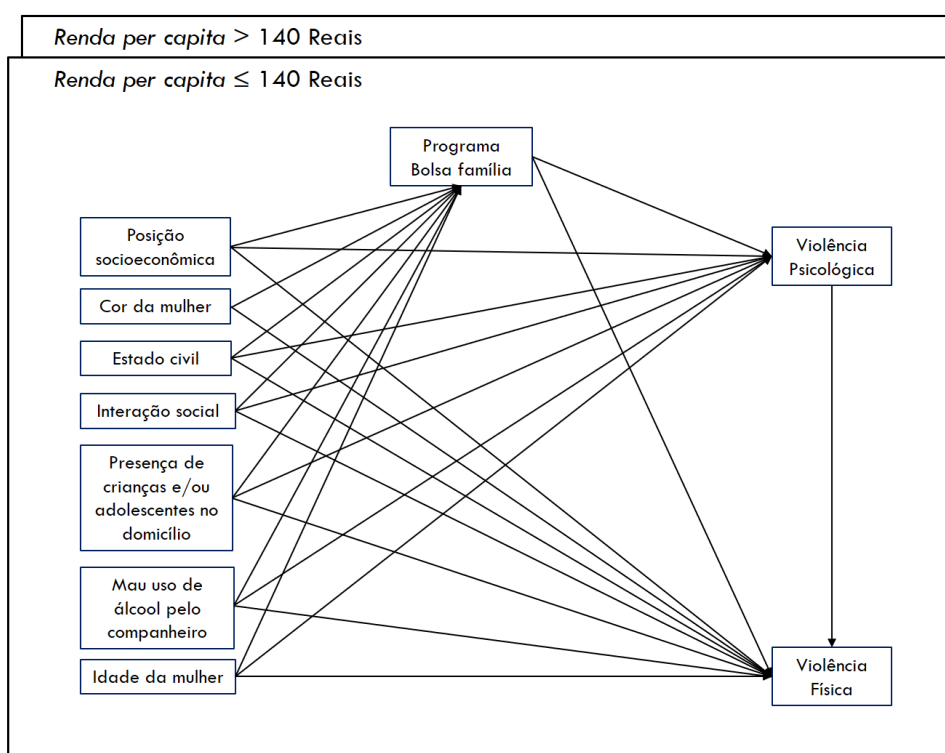
Para o presente estudo, foram consideradas elegíveis mulheres que relatavam ter algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista, resultando em 845 mulheres. Além disso, foram excluídas aquelas que recebiam benefícios do governo, organizações não governamentais ou igrejas, exceto o Bolsa Família. Dessa forma, a amostra final do estudo incluiu 807 mulheres.

4.2.2.2 Modelo propositivo, variáveis e instrumentos de aferição

Na figura 3, é apresentado o modelo propositivo do estudo. A principal exposição de interesse é a participação no Programa Bolsa Família. A violência psicológica e física contra a mulher são os desfechos do estudo. As demais variáveis que compõem o modelo são possíveis variáveis de confusão nas relações entre o PBF e as violências psicológica e física contra a mulher, dado que, segundo a literatura, são supostamente associadas à participação no PBF e são fatores de risco para VPI. Como pode ser visto na referida figura, postula-se que, em comunidades de baixa renda, mulheres jovens, com renda extremamente baixa, de cor de pele preta, solteiras/viúvas/divorciadas, com baixa interação social, cujo companheiro faz mau uso de álcool e com crianças ou adolescentes no domicílio têm maior probabilidade de fazer parte do PBF, devido à sua maior vulnerabilidade (SOARES et al., 2010). Tais características

também são fatores de risco para a ocorrência de violência física e psicológica contra a mulher no contexto doméstico brasileiro (COSTA et al., 2017; LEITE et al., 2017). Ainda segundo o modelo, a violência psicológica seria um importante mediador dos efeitos do PBF e de seus determinantes distais na ocorrência de violência física (MORAES et al., 2016). Esse modelo também propõe que a relação entre o PBF e as violências pode ocorrer de maneira distinta a depender do estrato de renda *per capita* familiar: >140 reais e ≤ 140 reais.

Figura 3 - Modelo propositivo inicial da associação entre Programa Bolsa Família e violência entre parceiros íntimos.



Fonte: A autora, 2018

As **condições socioeconômicas das famílias** foram mapeadas através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), renda *per capita*, escolaridade da mulher e do companheiro e da cor da participante. O CCEB tem como função estimar o poder de compra das famílias urbanas, com base em informações sobre posse de bens duráveis (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, videocassete, DVD, geladeira e freezer), presença de empregado doméstico mensalista no domicílio e escolaridade do chefe de família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2008). A variável se apresenta em forma de escore, variando entre 0 (menor poder de compra/nível econômico) a

46 (maior poder de compra/nível econômico). Na análise descritiva, essa variável foi categorizada em tercís. Na modelagem principal, optou-se pela forma contínua.

A renda familiar e o número de dependentes dessa renda foram aferidos em pergunta direta dirigida à mulher responsável pelo preparo das refeições no domicílio. A variável **renda per capita** foi construída dividindo a renda familiar pelo número de dependentes em cada família, sendo categorizada em dois grupos - extrema baixa renda e baixa renda – se menor ou igual a 140 reais ou maior do que 140 reais, respectivamente. Esse ponto de corte foi escolhido pois famílias com rendimento *per capita* inferior a 140 reais eram consideradas em situação de pobreza ou extrema pobreza no Brasil à época da pesquisa.

As **escolaridades da mulher e do companheiro** foram utilizadas apenas nas análises descritivas com o objetivo de caracterizar a população de estudo, sendo categorizadas em 4 níveis: nunca estudou ou menos que um ano de estudo, até 5 anos de estudo (referente à primeira metade do ensino fundamental), entre 6 e 10 anos de estudo (referente à segunda metade do ensino fundamental) e mais de 10 anos de estudo (referente ao ensino médio ou mais).

A variável **cor de pele** foi autorreferida e coletada segundo a classificação do IBGE (preta, parda, branca, amarela ou indígena) (IBGE, 2011). Na análise descritiva e multivariada, a variável foi estratificada em três categorias, a saber, preta/indígena, parda, branca/asiática. Essa opção metodológica se deveu ao pequeno número de amarelos (9) e indígenas (4) na amostra e ao fato das prevalências de VPI terem sido semelhantes entre os estratos agrupados.

As **características demográficas** foram representadas pelas seguintes variáveis: idade (utilizada em quatro categorias – menor do que 30 anos; 31 - 40 anos; 41 - 50 anos e maior do que 50 anos – na análise descritiva e em sua forma contínua na modelagem principal), estado civil da mulher (casada/mora junto ou solteira/separada/viúva) e presença de filhos menores de 18 anos no domicílio (sim ou não).

O **mau uso de álcool** pelo parceiro foi avaliado através do instrumento CAGE [(C) *Cut-down*; (A) *Annoyed*; (G) *Guilty*; (E) *Eye-opener*] (MAYFIELD et al., 1974; MASUR; MONTEIRO, 1983; MORAES et al., 2005). O instrumento é composto por quatro itens dicotômicos do tipo sim/não que abordam repercussões sociais negativas do uso abusivo de álcool. Seu escore varia de zero (nenhuma resposta positiva) a quatro (todas as respostas positivas). Nas análises descritivas, os indivíduos com escores maiores ou iguais a dois foram considerados positivos. Na análise multivariada, a variável foi utilizada em sua forma contínua.

Para avaliação do nível de **apoio social** recebido pela mulher, foi utilizado o instrumento elaborado pelo *Medical Outcomes Study* (MOS), cujo objetivo é mensurar a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (SHERBOURNE et al., 1991). Esse instrumento contempla as principais dimensões de apoio social descritas na literatura (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação). Entretanto, foi considerada neste estudo apenas a dimensão “interação social positiva”, que diz respeito à disponibilidade de as pessoas se divertirem e relaxarem juntas. A decisão de utilizar a interação social foi adotada devido à maior significância estatística dessa dimensão em relação ao desfecho. Além disso, essa dimensão apresentou boas propriedades psicométricas (GRIEP, 2005). Na análise descritiva, consideraram-se um alto grau de interação social positiva escores iguais ou maiores do que noventa e cinco; na análise principal, essa variável foi utilizada em sua forma contínua, podendo variar de 0 a 100 (SHERBOURNE et al., 1991).

A participação ou não no **PBF** nos últimos seis meses foi aferida através de pergunta única, direta, dirigida à mulher responsável pelo preparo das refeições no domicílio. A variável foi utilizada de forma dicotômica (sim/não).

As informações sobre a **ocorrência da VPI** foram coletadas utilizando-se a versão nacional da *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2). Esse instrumento foi originalmente elaborado em língua inglesa e passou por um processo de adaptação transcultural que viabilizou sua utilização no Brasil (STRAUS et al., 1996; MORAES et al., 2002; MORAES; REICHENHEIM, 2002a). A CTS2 é um instrumento estruturado, multidimensional, composto por 39 itens, que formam cinco subescalas: Negociação, Agressão Psicológica, Violência Física, Injúria e Coerção Sexual (MORAES et al., 2002; MORAES; REICHENHEIM, 2002a).

Neste estudo, utilizou-se a versão reduzida do instrumento, que abarca apenas as escalas de violência psicológica (oito itens) e Violência Física (12 itens). As informações sobre a violência perpetrada pelo parceiro íntimo foram obtidas através do relato da mulher sobre a ocorrência dessa situação nos últimos doze meses. O escore da subescala “violência psicológica” pode variar de 0 a 8, e o da violência física, de 0 a 12. Na análise descritiva, uma resposta positiva em pelo menos um dos itens da subescala de violência psicológica e física caracterizou presença das respectivas formas de VPI. Na modelagem principal, essas informações foram categorizadas a partir do escore total. Para violência psicológica, foram agrupadas as mulheres com escores maiores do que cinco; para violência física, foram agrupadas as participantes com escore maior do que quatro, dando origem a duas variáveis categóricas de 7 e 6 níveis, respectivamente.

4.2.2.3 Análise dos dados

As análises descritivas e bivariadas foram realizadas no *software* Stata (STATACORP, 2017). Na análise bivariada, foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliar a heterogeneidade das proporções.

Como há evidências na literatura de que algumas variáveis socioeconômicas podem influenciar os efeitos dos PTR na ocorrência de VPI (ANGELUCCI, 2008; HIROBO; FERNALD, 2013), a variável renda *per capita* foi avaliada como uma possível modificadora do efeito do PBF na VPI. Para tal, a modelagem principal foi realizada utilizando-se o método de análises de caminhos via multigrupo. Essa proposta permite modelar simultaneamente variáveis dependentes, testar ajustes globais, avaliar efeitos totais, diretos e indiretos, e estudar a invariância de parâmetros entre múltiplos subgrupos.

A análise de caminhos foi conduzida em Mplus (MUTHÉN; MUTHÉN, 1998-2013), utilizando-se o estimador de mínimos quadrados ponderados diagonalmente (*Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted* ou *WLSMV estimator*). Esse estimador utiliza modelos probito e permite acomodar os dados faltantes (FINNEY; DIESTEFANO, 2013). As análises consideraram a estrutura de amostragem complexa do estudo, descritas na seção 4.2.1.2. Todos os coeficientes de regressão que diminuem em 10 pontos o valor do qui-quadrado do modelo são apresentados sugestivamente (para serem, subsequentemente, estimados livremente) como índices de modificação (*modification indices* - IM) nas saídas do Mplus. Quando indicadas pelos IM, as estimativas foram efetivamente testadas e incorporadas se necessário. A reespecificação do modelo ocorreu excluindo-se os caminhos não significativos para os dois estratos de renda de forma independente. A cada novo modelo testado foi excluída a variável de maior p-valor (não significante). O processo de cortes se deu da esquerda para a direita (segundo a diagramação apresentada na figura 3), respeitando-se o posicionamento hierárquico de cada variável. O processo se encerrou quando todos os caminhos do mesmo nível hierárquico se mostraram significativos, considerando um p-valor $\leq 0,10$ e respeitando-se níveis aceitáveis do ajuste de modelo (BROWN, 2006; KLINE, 2016).

A avaliação dos ajustes do modelo usou três critérios: o erro quadrático médio de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA), o índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index* – CFI) e índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index* / *TLI*). O RMSEA compensa o efeito da complexidade do modelo, estimando o ajuste à luz do número de parâmetros envolvidos (graus de liberdade). Valores $< 0,06$ indicam um bom

ajuste; valores $> 0,10$ indicam ajuste inadequado, recomendando a rejeição do modelo. Limites de confiança superiores (*UCL*) de 90% também foram considerados. O *CFI* e o *TLI* são índices de ajuste incremental. Ambos variam de 0 a 1, e valores acima de 0,95 indicam ajuste adequado (BENTLER, 1999; WANG; WANG, 2012). Tanto o CFI quanto o RMSEA são sensíveis à falta de especificação do modelo e são pouco afetados pelo tamanho da amostra (BROWN, 2015; KLINE, 2016).

5 RESULTADOS

5.1 Manuscrito 1

Women economic empowerment via cash transfer and microcredit programs is sufficient to decrease intimate partner violence? Evidence from a comprehensive systematic review⁸

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is an important public health problem worldwide showing high prevalence and severe consequences not only for the individuals and families involved but also to society at large (Devries et al., 2013). The estimated prevalence of IPV varies between 16.3% and 65.6%, with the highest values found in South Asia (41.7%), the Andean region of Latin America (40.6%) and the central Sub-Saharan Africa (65.6%) (Devries et al., 2013).

Women empowerment through socio-economic development is considered a key factor in the prevention of IPV (Angelucci, 2008; Kim et al., 2007; WHO, 1997). Therefore, programs based on microcredit or cash transfer aimed at eradicating poverty have been seen as a potential tool for reducing IPV. Their main purpose is to break the cycle of poverty through the insertion of women into the labor market — microcredit programs (MP) (Yunus, Moingeon, & Lehmann-Ortega, 2010) — or monthly transfers of fixed benefits to families in extremely vulnerable situations, also known as cash transfer programs (CTP) (Forde, Rasanathan, & Krech, 2011). CTP may be unconditional when there are no restrictions to a payee's stay in the program, or conditional, when some child health and education actions are required from the beneficiary for her inclusion and continuity receiving the benefits (Forde et al., 2011). Thus, the CTP central objective is to break the cycle of poverty through income and social actions involving the whole family.

Different theoretical frameworks have been used trying to predict the consequences of women's economic empowerment on IPV. For example, Tauchen et al (1991) indicate that, depending on the context, IPV against women could either increase or decrease following women economic status improvement. This model asserts that the increase of women's

⁸ Manuscrito submetido aos Cadernos de Saúde pública

income increases their bargaining power within the marriage. In certain gender conservative contexts, this enhances women's participation in the decision-making process within the domestic sphere, making gender power within the marriage more equitable, ultimately leading to a reduction of IPV. In other contexts, the increases in women's income could unbalance power relations towards the women, increasing IPV when men perceive his family's authority fading because of his relatively lower participation in providing income (Tauchen et al., 1991).

According to Farmer & Tiefenthaler, (Farmer & Tiefenthaler, 1997) the increase in women's income would necessarily lead to reducing IPV due to the decrease in their economic dependence on the partner. Diminishing the financial gap lowers the tendency to tolerate frustrations and dissatisfactions in marriage, including IPV. The situation may also increase the likelihood of separation, divorce or other strategies of breaking the abusive relationship. In the opposite direction, Block & Rao (Bloch & Rao, 2002) proposed that increasing women's income will raise the frequency of IPV, which can be used by the violent partner as a strategy to extract financial resources from the victim.

Although these models help build a theoretical rationale for the relationship between women's economic empowerment and IPV, there is no consensus on the issue. Empirical evidence goes in the same direction. Some research has shown that MP protect women in relation to IPV (Dutt, Grabe, & Castro, 2015; Hadi, 2005; Schuler, Hashemi, Riley, & Akhter, 1996), whereas others do not detect this effect (Bajracharya & Amin, 2013; Chin, 2012). There are also studies showing that women participating in a MP are more prone to be involved in IPV (Bhuiya, Sharmin, & Hanifi, 2003; Dalal, Dahlström, & Timpka, 2013). The same controversy is detected in the literature assessing the effect of CTP (G. J. Bobonis, Castro, & Morales, 2013; Hidrobo & Fernald, 2013).

This lack of consensus has sparked some systematic reviews (Bourey, Williams, Bernstein, & Stephenson, 2015; Brody et al., 2015; Seema Vyas & Watts, 2009). The first was published in 2009 and aimed to identify whether women's economic and social empowerment was associated with a lower risk of violence against women. Vyas & Watts (Seema Vyas & Watts, 2009) concluded that economic autonomy has a protective effect in almost all situations. However, they also noted that in specific contexts such as extreme poverty and low education of the couple, a woman's financial independence may increase the risk of victimization. Although commendable for providing a first overview on the subject, this review had some shortcomings, for its restriction to the Medline database, being confined to English-only papers, and involving a narrative character. Analyzing in

tandem markedly different interventions somewhat precluded identifying their specific effects.

The second systematic review was carried out by Brody et al. (Brody et al., 2015) and examined the impact of women's economic intervention on empowerment and IPV (secondary outcome) in low and middle-income countries. Because this literature review's strategy was not specifically to IPV, only five studies were identified. Of those, only two had a low or average risk of bias and were therefore included in a meta-analysis. The shortage of papers lead the authors to concluded that any summary on the issue would be premature and suggested that more comprehensive reviews should be conducted (Brody et al., 2015).

The third review was published by Bourey et al. (Bourey et al., 2015) The main aim of the review was to assess the effect of economic and/or social interventions on IPV. Based on a qualitative summary of the literature, the authors found that overall interventions lead to less IPV and partners' controlling behaviors. Although this review improved on former ones, its scope remained narrow to the extent that it was confined to only two databases (Medline and Web of Science) and papers published in English. Also, only one of the sixteen identified studies examined the effects of CTP.

The most recent review was published in 2017 by Gibbs et al. (Gibbs, Jacobson, & Kerr Wilson, 2017) The aim of the study was to undertake a comprehensive review of published papers on the impact of economic interventions sought to prevent IPV and/or HIV risk behaviors. The review was restricted to articles published in English between January 2000 and January 2015 in three databases (Medline, Web of Science and EbscoHost). Google Scholar was used to identifying grey literature. In some studies, CTP failed to show any effect on IPV. In others, the initiative decreased violence. Microcredit interventions also had mixed outcomes, with some studies showing increase, decrease and no effect at all on IPV. Interventions combining microcredit and gender transformative interventions tended to have more positive outcomes reducing IPV. However, the results presented were grouped by the type of intervention, which precluded identifying the programs' impacts according to different types of violence (Gibbs et al., 2017). The fact that selection strategies used in this study were not able to identify important references included in the previous reviews also prevents a conclusion.

Given the limitations of the previous reviews, further studies involving more comprehensive summaries are required. To this end, this paper offers a new systematic review with a broader outlook on the subject, not only covering a wider range of databases, languages, and different economic empowerment programs, but also a tentative

summarization according to specific scenarios and IPV types. Specifically, we investigate the effects of CTP and MP on the occurrence of physical, psychological and sexual IPV against woman.

Methods

Protocol and search strategy

The study protocol was registered in the “*PROSPERO*” (2016: CRD42016035980). Nine databases were accessed, namely, Medline, Lilacs, Cochrane, Embase, Science Direct, PsycINFO, Scopus, WHOLIS, and Open Gray. The last two relate specifically to ‘gray literature’. The search was conducted on Medline without language restriction and adapted for the other databases, according to the following search strategy: (((“Domestic Violence”[Mesh] OR “Battered Women”[Mesh] OR “Spouse Abuse”[Mesh] OR “intimate partner violence” OR “domestic violence” OR “spouse abuse” OR “battered woman” OR “wife abuse” OR “family violence” OR “partner violence”))) AND (((“Income”[Mesh] OR “small business”[Mesh] OR “cash transfer” OR “public transfer” OR “micro-credit” OR “micro credit” OR “microcredit” OR “income generation” OR “income generating” OR “economic empowerment” OR “cooperatives” OR “micro-finance” OR “micro finance” OR “micro-enterprise” OR “micro enterprise” OR “microenterprise” OR “small business” OR “business, small” OR “small loans” OR “micro loans” OR “microloans” OR “micro-loans” OR “incomes” OR “income generation programs” OR “income generation program” OR “program, income generation” OR “programs, income generation” OR “savings” OR “income distribution” OR “distribution, income” OR “distributions, income” OR “income distributions” OR “family income”))). The search strategies used in the different databases can be consulted from the authors. Additional online searches with similar strategy were done in Google Scholar. Manual searches were also conducted in the reference sections of all selected studies. The search load tests began in December 2016 and the main search took place in January 2018.

Selection process

The selection of scientific papers and other documents was performed by two independent authors (T.H.L and E.S.M). Papers/documents were first selected on titles and abstracts, according to the following inclusion criteria: publications in English, Portuguese or Spanish; paper/documents related to MP or CTP and IPV; and studies on heterosexual

couples. The next step involved reading the text in full, applying the following eligibility criteria: paper/documents involving primary data; women as the beneficiary of the intervention; presence of a comparator group eligible for an MP or CTP; and estimates of prevalence, incidence and relative risk/odds ratio of physical, psychological or sexual IPV. All inconsistencies concerning the inclusion papers/documents were discussed among the two researchers until a consensus was reached.

Data extraction

Extracted data comprised the paper's identification, demographic characteristics of the study participants and the following methodological characteristics: sample size, intervention strategy, measurement tools used to tap IPV, data collection period, effect measures and analysis strategies employed. The extraction of information was also carried out independently by the two aforementioned researchers and then compared. Disagreements were solved by referencing back to the original publication and consensus.

Data Analysis

Data was analyzed by type of violence and intervention. Assessment of study quality followed the recommendations found in "The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015" (MAStARI Critical Appraisal Checklist), for surveys/case series and experimental studies (Institute, 2014). Checklists for survey and for experimental studies encompass nine and ten items, respectively (Tables 4 and 5). The sixth item for surveys/case series was excluded because it was only appropriate to case series and none of the selected studies was case reports. Item seven was also adapted to capture the response rate of the population eligible to participate in the study. A response rate equal to or exceeding 85% was considered appropriate (Rothman, 2012). Item Q1 (randomization adjustment) and Q8 (measurement of outcomes strategy) were emphasized on the methodologic quality evaluation for experimental and surveys studies, respectively. Following an aggregate analysis, a subgroup evaluation was performed only on studies without mentioned methodological limitations.

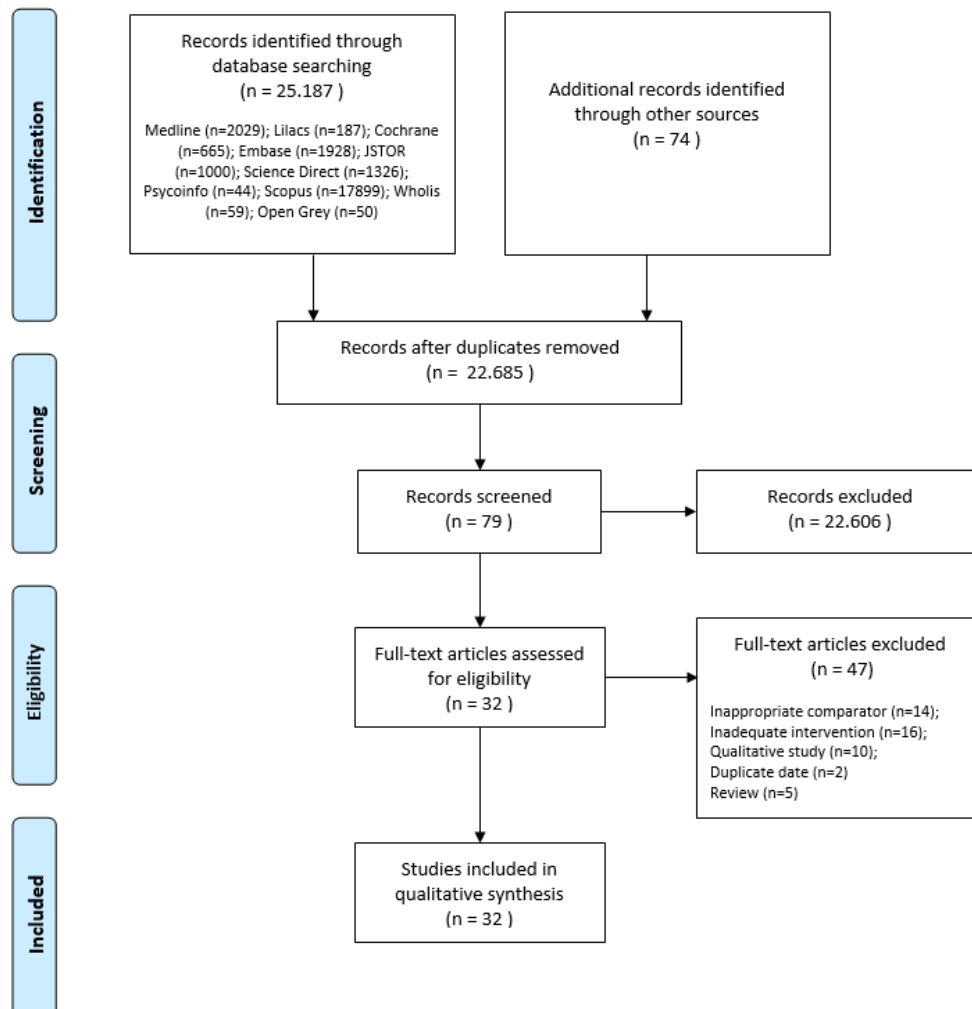
Ethical approval

As the study was based on a compilation of literature and did not involve direct research on humans, submission to and approval by the Institutional Ethics was unnecessary. The manuscript was prepared following "PRISMA Statement" recommendations (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009).

Results

Study selection

As shown in Figure 1, 22,685 non-duplicate references were recovered using the search strategies outlines in the Methods section. Applying the inclusion and the eligibility criteria, 32 studies were selected for the full text review. While reading the full papers two were identified as having the same content (Kim *et al.*, 2007 (Kim et al., 2007) and Pronyk *et al.*, 2006 (Pronyk et al., 2006)), and another two shared the same dataset although involving different confounding variables in the statistical analysis (Naved *et al.*, 2005 (Naved & Persson, 2005) and Naved *et al.*, 2006 (Naved, Azimb, Bhuiyaa, & Perssonc, 2006)). To avoid bias by duplication, only the first publication in both situations was included in the subsequent analysis (Kim *et al.*, 2007 (Kim et al., 2007) and Naved *et al.*, 2006 (Naved et al., 2006)).

Figure 1 - Flowchart of the systematic review

Study characteristics

General and methodological characteristics of the studies are shown in Table 1. All studies were published between 1996 and 2017, particularly after 2010. Research was conducted in Bangladesh (16), Mongolia (1), Tanzania (2), South Africa (3), Uganda (1), United States (1), Guatemala (1), Ecuador (1), Mexico (5) and Peru (1). Twenty-six were surveys and six were randomized controlled trials. Twenty-three studies covered the effects of MP while nine focuses on CTP. Most studies concerned married or ever-marriage women. Only five used specific population (men, women with disability, school girls and sex workers). The comparator groups were composed of women who did not participate in the economic empowerment programs while still eligible. Physical violence was the most studied type of violence, followed by a combination of physical and sexual violence. The instruments

mostly used to measure IPV were the Conflict Tactics Scales (10 studies) and the tool recommended by the World Health Organization (7 studies). Adjustment for women's age and schooling were most often employed in the multivariate statistical analyses. Women's decision-making power and education, years of participation in the program, and place of residence (urban or rural) were used as effect modifiers.

Table 1 - Identification and main methodological characteristics of the studies selected for the systematic review

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Confounding and Effect Modification Variables
Microcredit								
Ahmed <i>et al.</i>, 2005	Bangladesh	Rural village, ever-marriage women, 15-49 years. Prevalence of physical or psychological IPV: 14,5% in the last 4 months	Survey	BRAC*: Passive member (saving only); Active member (savings + credit); skilled member (savings + credit + training) (422)	BRAC non-members (1622)	Physical and/or psychological violence	Isolated questions about physical and psychological violence in the last 4 months	Women's age, education, contribution to household income, currently-alive children, age and schooling of household head, poverty status
Bajracharya & Amin, 2013	Bangladesh	Rural and urban villages, ever-marriage women, 15-49 years. Prevalence of physical or sexual violence in microcredit group: 28%; microcredit non-members: 21,5% in the past year	Survey	Grameen Bank*, BRAC*, ASA*, Proshika* and another microcredit program (1634)	Microcredit non-members (2561)	Physical and/or sexual violence	CTS adaptation (8 questions) about physical and sexual violence in the last 12 months	Women's age and education, age at first marriage, spouse's education, household size, household sex, socioeconomic status, district, rural / urban
Bates <i>et al.</i>, 2004	Bangladesh	Rural villages, marriage women, younger than 50 years. Prevalence of physical IPV prevalence: 35% in the past year	Survey	Microcredit (485)	Microcredit non-members (726)	Physical violence	WHO's instrument adaptation (6 questions) in the last 12 months	Women's age, education, and contribution to household income, registered marriage, dowry agreement, household socioeconomic status

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Bhuiya <i>et al.</i>, 2003	Bangladesh	Rural village, ever-marriage women, 17 – 70 years. Lifetime prevalence of physical IPV: 55,8%; psychological IPV: 66,8%	Survey	Microcredit (64)	Microcredit non-members (125)	Physical and psychological violence	Isolated question about psychological and physical violence in lifespan	Husband's age
Cepeda <i>et al.</i>, 2017	Guatemala	Rural village, marriage women (80,0%). Prevalence of any type of IPV: 12,7% in microcredit group; 28,5 in non-microcredit group	Survey	Microcredit (448)	Microcredit non-members (435)	Control behavior, economic violence and psychological violence	Seven isolated questions about control behavior, economic violence and psychological violence. Recall period not available	Women's age, number of children, education, wage, women main breadwinner
Chin <i>et al.</i>, 2012	Bangladesh	Rural village, ever-marriage women. Prevalence of physical or sexual IPV: 38% in microcredit group, 37% in non-microcredit group	Survey	Grameen Bank*, BRAC*, BRDB * and other microcredit program (921)	Microcredit non-members (922)	Physical and/or sexual violence	Six isolated questions about physical and sexual violence throughout life and in the last 12 months	Women's and husband's age and education, number of sons at home, number of children, women's number of unions, religion, land size, distance from village to a health center, distance from village to district headquarters, telephone and television service, family planning, shop presence in village, indicator of satellite, health in village.
Dalal <i>et al.</i>, 2013	Bangladesh	Urban and rural villages, ever-marriage women, 15 – 49 years. Prevalence of any type of IPV: 51,0% in the past year	Survey	Grameen Bank*, BRDB*, BRAC*, Proshika * and another microcredit program (1741)	Microcredit non-members (2723)	Physical, Physical and/or sexual and sexual violence.	CTS in last 12 months	Age, residence, education, religion, wealth index. Effect modification: spousal equity and women's education

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Dutt <i>et al.</i>, 2015	Tanzania	Rural village, marriage women, physical, majority of the women between the ages of 30 and 52. Prevalence of physical IPV: 32 % in the past year	Survey	Microcredit: business cooperative or business owners (158)	Microcredit non-members (66)	Physical violence and control behavior	Control behavior: WHO's instrument; Physical violence: CTS, last 12 months	Financial decision making, partner control, depression, self-esteem
Green <i>et al.</i>, 2015	Uganda	Rural villages, marriage or single women, post-civil war, 14 – 30 years. IPV Prevalence: not informed	ECR cluster. 16 months follow-up	Microcredit + business skills training + follow up support (767)	Microcredit non-members (779)	Physical or psychological violence and control behavior	Fourteen isolated questions on physical, psychological violence and control behavior in the last 8 months	Employment, started enterprise since baseline, currently doing business, average work hour per week, income, monthly cash earnings, durable assets, non-durable consumption, perceptions of women's autonomy, self-reported autonomy, partner relationship index
Hadi <i>et al.</i>, 2000	Bangladesh	Rural villages, marriage women younger than 50 years. Sexual IPV prevalence: 26,8 % in the past year	Survey	Microcredit (<5 years), microcredit (>5 years), No poor (172)	Microcredit non-members (328)	Sexual violence	Deep interview about violence suffered in the last 12 months	Women's and husband's age and education, occupation of husband, land ownership, women's financial contribution
Hadi <i>et al.</i>, 2005	Bangladesh	Rural villages, marriage women younger than 50 years. Prevalence of physical IPV: 22%; psychological: 28% in the past years	Survey	Microcredit (<5 years), microcredit (>5 years), No poor (172)	Microcredit non-members (328)	Physical and psychological violence	Deep interview about violence suffered in the last 12 months	Women's age and position, living standard, age at marriage, education, ownership of family

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
¹ Hasan <i>et al.</i> , 2014	Bangladesh	Rural, urban and slum villages, marriage women with disabilities, 15 years or more. Prevalence of physical: 28,3%, psychological: 41,1%, sexual IPV: 18,2%	Survey	Microcredit (-)	Microcredit non-members (-)	Physical or psychological or sexual violence	Instrument not mentioned. Recall period: last 12 months	Women's age, area of residence, education, marital status, degree of disability
Karim & Law, 2016	Bangladesh	Rural villages, Wife-abusive marriage men. IPV prevalence not informed	Survey	Microcredit active participation, nominal participation (127)	Microcredit non-members (116)	Physical and/or psychological and/or sexual violence	WHO's questionnaire adaptation. Recall period: last 12 months	Women's and husband's education, marital duration, household landholding. Effect modification: spouse's conservative ideology
Kim <i>et al.</i> , 2007	South Africa	Rural villages, marriage women (>50%) 18 years or more. IPV physical and or sexual violence: 11,4% in the past year	ECR cluster. 24 months follow-up	Microcredit: IMAGE – credit + training + lecture educator (430)	Microcredit non-members (430)	Physical or sexual violence and control behavior	WHO's questionnaire. Recall period: last 12 months	Women's age, village pair, marital status, lifetime experience of intimate-partner violence by current partner at baseline
² Koenig <i>et al.</i> , 2003	Bangladesh	Rural villages, marriage women, 20 years or more. Physical IPV prevalence: 42%	Survey	Microcredit fewer than 2 years; Microcredit 2 or more years (-)	Microcredit non-members (-)	Physical violence	Single question about physical violence. Recall period not informed	Women's age, husband's education, area, number of living sons, religion, landholding, family structure, women's autonomy index. Community-level variable - women's education and credit group membership

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Murshid <i>et al.</i>, 2015	Bangladesh	Urban and rural villages, ever-married women 15 – 49 years. Physical or sexual IPV prevalence: 25% in last year	Survey	Microcredit (1207)	Microcredit non-members (2956)	Physical and/or sexual violence	CTS modified. Recall period: last 12 months	Women's and husband's age and education, age and education difference, material assets, currently employed, autonomy, decision-making power. Effect modification: urban/rural population
Murshid, 2016	Bangladesh	Urban and rural villages, ever-marriage men, 15-54 years. Physical or sexual IPV prevalence: 15% in last year	Survey	Microcredit (1011)	Microcredit non-members (2325)	Physical and/or sexual violence	CTS modified. Recall period: last 12 months	Women's age and education, urban or rural population, intervention media exposure, wealth assets, current employment. Effect modification: material assets
Naved & Persson, 2005	Bangladesh	Urban and rural villages, ever-marriage women 15-49 years, Physical IPV prevalence: 19% (urban), 15,8% (rural) in the past year.	Survey	Microcredit (591)	Microcredit non-members (2111)	Physical violence	CTS. Recall period: last 12 months and throughout life	Women's age and income, husband's education, dowry, in-laws live in the household, respondent relies on natal, family support in crisis, communication between spouses, women's and husband's mother abused by her father, income, muslim, women's attitude toward gender roles, crime in their community
Pronyk <i>et al.</i>, 2006	South Africa	Rural villages, marriage women (>50%), physical or/and sexual IPV prevalence: 11% (intervention group) and 9% (comparison group) in the last year	ECR cluster. 24 months follow-up	IMAGE: credit + training + lecturer educator (430)	Microcredit non-members (430)	Physical or sexual violence and control behavior	WHO's questionnaire. Recall period: last 12 months	Women's age, village pair, marital status, lifetime experience of intimate-partner violence by current partner at baseline

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Sarker <i>et al.</i>, 2016	Bangladesh	Rural villages, marriage women, most part of women < 49 years. Physical IPV prevalence: 53,3% in the last six months	Survey	Microcredit (35)	Microcredit non-members (145)	Physical violence	Instrument not mentioned. Recall period: last 6 months	Women's and husband's age and education, family income
Schuler <i>et al.</i>, 1996	Bangladesh	Rural villages, marriage women younger than 50 years. Physical IPV prevalence: 47% in the last year	Survey	Microcredit Grameen Bank* (233); BRAC microcredit program* (282); non-member living in Grameen Bank Village (318)	Microcredit non-members (392)	Physical violence	Single question about physical violence in the last 12 months.	Women's age and education, number of surviving sons and daughters, poverty status, religion, region, contribution to family support
Tsai <i>et al.</i>, 2016	Mongolia	Urban villages, women engage in sex work. Any type of baseline IPV prevalence: 42% in control group, 49,1% in microcredit group	RCT. 6 months follow-up	Microcredit (57)	Microcredit non-members (50)	Physical and/or sexual), sexual violence, and physical violence	CTS. Recall period: last 3 and 6 months	No adjustment
Vyas <i>et al.</i>, 2015	Tanzania	Urban and rural villages, marriage or cohabiting women (90%), mean age of women: 30 years. Physical or/and sexual IPV prevalence: 40% (urban) and 55,6% (rural)	Survey	Microcredit cooperative, microcredit exclusive (364)	Microcredit non-members (1720)	Physical and/or sexual violence	Nine isolated questions about physical and sexual violence. Recall period: last 12 months	Women's age

Conditional and Unconditional Cash Transfer Program

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Aísa, 2014	Mexico	Urban and rural villages, women with child. Psychological IPV prevalence: 70,5% to <i>Oportunidades</i> member, 68% non-member.	Survey	<i>oportunidades</i> *** Conditional cash transfer program: cash + health + education (413)	<i>Oportunidades</i> *** non-members (1504)	Psychological violence	An item about women's power on contraceptive choices was used as a proxy of psychological abuse. Recall period: unspecific	Number of member's family, dependency, education, remittances, property, rooms, telephone, electric, electronic, water, car, fuel. Effect modification: urban /rural population
³ Angelucci, 2008	Mexico	Rural villages, women with child. IPV prevalence not available.	ECR cluster	<i>oportunidades</i> *** Conditional cash transfer program: cash + health + education (-)	<i>Oportunidades</i> *** non-members (-)	Physical violence	Uninformed	Women's and husband age, women's education, household size, natural disaster, poverty status, alcohol price. Interaction: transfer size and husband with traditional views of gender role
⁴ Bobonis <i>et al.</i> , 2013	Mexico	Rural villages, marriage women 15 years or older, Physical and/or sexual IPV prevalence: 16%; physical:11%, sexual: 9%, psychological: 11% in the last year.	Survey	<i>oportunidades</i> *** Conditional cash transfer program: cash + health + education (-)	<i>Oportunidades</i> *** non-members (-)	Physical, physical or sexual, psychological, sexual violence and threat of physical violence	Fifteen questions about Physical, Psychological, Sexual Violence and Threat of Physical Violence based on CTS. Recall period: last 12 months.	Women's and husband's age, race and education, household size, marital status, years of marriage, IPV history in women's family. Effect modifier: decision –making power, expect gains to marriage, type of marital relationship.
⁵ Bobonis <i>et al.</i> , 2015	Mexico	Urban and rural setting, marriage women 15 years or older. Physical and/or sexual violence IPV prevalence: 15,9% (2003), 13,7% (2006); 10,2% (2011)	Survey	<i>oportunidades</i> *** Conditional cash transfer program: cash + health + education (-)	<i>Oportunidades</i> *** non-members (-)	Physical or sexual, physical, sexual and psychological violence	Sixteen isolated questions about Physical, sexual, and psychological violence in the last 12 months.	Women and partner's age, education and indigenous status, attainment level, household size, cohabiting couple indicator, years in union, histories of spousal abuse in parental household during childhood.

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Hidrobo & Fernald, 2013	Ecuador	Urban and rural villages, poor women with a child, marriage women (45%), Physical IPV prevalence: 30% (control group), 27% (<i>Bono Desarrollo Humano</i>). Psychological IPV prevalence: 56% (control group), 52% (<i>Bono Desarrollo Humano</i>).	ECR cluster. 24 months follow-up	<i>Bono de Desarrollo Humano</i> ***; Unconditional cash transfer program (836)	<i>Bono de Desarrollo Humano</i> *** non-members (414)	Physical, psychological violence and control behavior	WHO's questionnaire. Recall period: unspecific	Age, marital status, race, husband's education, indicator for whether women has had a child die, currently pregnant, asset index, asset index squared, urban/rural, number of children 0–5 years old, whether kitchen is used for sleeping, province indicators. Effect Modification: mother education and mother relative education
⁶Perova, 2010	Peru	Urban and rural villages, marriage women, 15-49 years. Physical IPV prevalence: 14%, sexual: 4%, psychological: 15% in the last year	Survey	<i>Juntos</i> ***; Conditional cash transfer program: cash + health + education (-)	<i>Juntos</i> *** non-members (-)	Physical, psychological and sexual violence	Twenty isolated questions on physical, psychological and sexual violence. Recall period: last 12 months and lifespan	Women's age and education, health insurance, cohabitation, paid employment, women's family IPV, electricity, hygienic restroom, piped water, family farming, land, household material, urban/rural. Interaction: number of children, women's family IPV as a child, paid job
Pettifor et al., 2016	South Africa	Rural villages, girls aged 13–20 years if they were enrolled in school grades 8–11, not married or pregnant. Physical IPV prevalence: 17% in the last year.	RCT. 36 months follow-up	Conditional cash transfer program: cash + education (1225)	Non-member microcredit (1223)	Physical violence	Questionnaire not mentioned. Recall period: last 12 months	Women's age, clustering

Reference	Country	Sample and Baseline Prevalence of IPV	Study Design	Intervention (n)	Control Intervention (n)	Type of IPV	IPV Measurement and Recall Period	Adjustment Variables and Effect Modification
Rivera et al., 2006	México	Urban setting, marriage women (>50%), 18-55 year. Any IPV prevalence: 34,5% (<i>oportunidades</i>); 36,4% (control internal), 40,4% (control external)	Survey	<i>oportunidades</i> *** Conditional cash transfer program: cash + health + education (1681)	External control: Community without <i>Oportunidades</i> *** (292); internal control: eligible in communities that receive <i>Oportunidades</i> but do not receive the cash (877)	Physical, psychological, sexual and economic violence	Twenty isolated questions on physical, psychological, sexual and economic violence. Recall period: last 12 months	Women's age and education, control group, IPV in childhood, previous marriage, alcohol consumption, freedom of women, decision expenditure, decision about have children
⁷ Tolman & Rosen, 2001	EUA	Urban setting, single mothers 18 – 54 years. Physical IPV prevalence: 14,9% in the last year	Survey	TANF***: unconditional cash transfer program (-)	TANF *** non-members (-)	Severe physical violence	Modified CTS. Recall period: last 12 months and lifespan	Uninformed

Notes:

* Gramen Bank, BRAC (Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee, ASA (Association for Social Advancement), Proshika, BRDB (Bangladesh Rural Development Board) – Microcredit financial institution.

** IMAGE – intervention name

*** Bono de Desarrollo Humano, Oportunidades, Juntos, TANF (Temporary Assistance for Needy Families), – Cash Transfer Program

(-) Uninformed N

1 Total N = 226

2 Jessore total N = 6218, Sirajgonj total N = 4150

3 Total N = 12700

4 Total N = 2867

5 Total N= survey 2003 = 2867, survey 2006 = 4705, survey 2011 = 5800

6 Total N = 3904

7 Total N = 753

Qualitative analysis by intervention and outcomes

Table 2 presents a qualitative summary of the main results of the studies, according to the intervention and type of violence analyzed. Among the ten studies assessing the association between MP and physical violence, two indicated that including women in MP increased physical IPV (Bhuiya et al., 2003; Sarker et al., 2016) whereas two indicated decline (Dutt et al., 2015; Schuler et al., 1996). Two studies suggested no relationship (Bates et al., 2004; Tsai et al., 2016). Four studies showed effect modification by level of woman's education and decision-making power in marriage (Dalal et al., 2013), duration of being in the program (Hadi, 2005), living in a rural or urban area (Naved & Persson, 2005), and the city analyzed (Koenig et al., 2003). This result was strongly influenced by Bangladesh. In the case of excluding the aforementioned country from the analyzes, physical violence would have only two articles reporting the association between MP and physical violence. The first would indicate that there protection effect¹² and the second found no effect ³¹.

Heterogeneous results were also observed when considering the nine studies assessing the effects of MP on IPV combining physical and/or sexual violence. As shown in Table 2, four studies suggests no effect on participating in a MP (Bajracharya & Amin, 2013; Chin, 2012; Murshid, 2016; Tsai et al., 2016) while one study indicated involvement in the program decreases IPV (Pronyk et al., 2006). None of the studies showed an increased risk. Four studies presented effect modification suggesting that the woman's education and decision-making power in marriage(Dalal et al., 2013), type of microcredit (with or without gender transformative intervention) (Kim et al., 2009), economic status of women (Murshid et al., 2015) and different city and arrangement business (cooperative or alone) could influence the results (S. Vyas et al., 2015). This result was also influenced by Bangladesh. If the country in question was withdrawn from the analysis, there remain only three studies that investigated the relationship between MP and the combination of physical and sexual violence. One article found no effect³¹, another presented heterogeneous results(Kim et al., 2009), and finally, the latter presented a protective effect(Pronyk et al., 2006).

Only two papers assessed the repercussions of MP regarding psychological violence. One found a protective effect (Cepeda et al., 2017), and another suggested that women with more than five years in the program tended to endure less victimization than those participating five years or less (Hadi, 2005). Three studies examined the relationships between MP and sexual violence. Two failed to show any statistically significant effects of the intervention (Dalal et al., 2013; Tsai et al., 2016). Hadi *et al.* (Hadi, 2000) suggested that women who participated 5 years

or more in the program also had a lower risk of this type of violence (less than five years – no effect).

Two studies used physical and/or psychological and/or sexual violence as outcome. The first showed that MP decrease violence (Hasan et al., 2014) and the second also found out that in general MP active participation decrease violence while a nominal participation (when women formally receive the money but were not able to decide what to do with it) could increase the risk among women with conservative husbands (Karim & Law, 2016). Physical and/or psychological violence was assessed in tandem by two authors. Both found that microcredit intervention had no effect when those types of violence were studied as a single outcome (Ahmed, 2005; Green et al., 2015).

Seven studies evaluated the impact of CTP on physical violence. Two studies suggested CTP reduced that physical violence (G. J. Bobonis et al., 2013 ; Pettifor et al., 2016) while four studies reported no effect (G. Bobonis et al., 2015; Hidrobo & Fernald, 2013; Rivera et al., 2006; Tolman & Rosen, 2001). One study suggested an increased risk from receiving cash transfers among women who received high cash amount when married with partners with traditional views of gender role (Angelucci, 2008).

The effects of CTP on psychological violence were covered in six studies. One (Perova, 2010) suggested that CTP reduce violence; two showed no impact (G. Bobonis et al., 2015; G. J. Bobonis et al., 2013); and three papers suggested an effect modification according to place of living (rural/urban) (Aísa, 2014), women's educational level (Hidrobo & Fernald, 2013), and the characteristics of control group (Rivera et al., 2006). None of the reviewed papers pointed to any effect of CTP in reducing sexual violence (G. Bobonis et al., 2015; G. J. Bobonis et al., 2013; Perova, 2010; Rivera et al., 2006).

Table 2 - Studies' main results according to the effect of Microcredits (MP) and Cash Transfer Programs (CTP) on different types of violence

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Microcredit							
Ahmed <i>et al.</i> , 2005	-	-	-	-	-	No effect	-
Bajracharya & Amin, 2013	-	-	-	-	No effect	-	-
¹ Bates <i>et al.</i> , 2004	No effect	-	-	-	-	-	-
Bhuiya <i>et al.</i> , 2003	Risk factor	-	-	-	-	-	-
Cepeda <i>et al.</i> , 2017	-	-	Protective factor	-	-	-	-
Chin <i>et al.</i> , 2012	-	-	-	-	No effect	-	-
Dalal <i>et al.</i> , 2013	Women with decision making power and secondary or high education: risk factor	Women with decision making power and secondary or high education: risk factor	-	No effect	Women with decision making power and secondary or high education: risk factor	-	-
	Women without decision making power and least education: no effect	Women without decision making power and least education: no effect		No effect	Women without decision making power and least education: no effect		

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Karim & Law, 2016	-	-	-	-	-	-	Active participation: protective factor
							Nominal participation: risk factor among women with conservative husbands
Kim <i>et al.</i> , 2009	-	-	-	-	Credit and IMAGE** Initiative: protective factor	-	-
					Only credit: no effect		
² Koenig <i>et al.</i> , 2003	Jessore Town: protective factor (community-level)	-	-	-	-	-	-
	Sirajgonj Town: no effect						
Murshid <i>et al.</i> , 2015	-	-	-	-	Women with relatively better economic status: Risk factor	-	-
					Poorer Women: no effect		

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Murshid, 2016	-	-	-	-	Urban and rural: no effect	-	-
Naved <i>et al.</i> , 2005	Urban: risk factor	-	-	-	-	-	-
	Rural: no effect						
Pronyk <i>et al.</i> , 2006	-	-	-	-	Protective factor	-	-
Sarker <i>et al.</i> , 2016	Risk factor	-	-	-	-	-	-
Schuler <i>et al.</i> , 1996	BRAC, Grameen Bank and Nonmember living in Grameen Bank village*: protective factor	-	-	-	-	-	-
Tsai <i>et al.</i> , 2016	No Effect	-	-	No effect	No effect	-	-

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Vyas <i>et al.</i> , 2015	-	-	-	-	DSM***; protective factor (cooperative – several women working together)	-	-
					DSM***; risk factor (exclusive – women working alone)		
					Mbya***; no effect (exclusive or cooperative)		
Conditional and Unconditional Cash Transfer Program							
Aísa, 2014	-	-	Urban: protective factor	-	-	-	-
			Rural: no effect				

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Angelucci, 2008	Small values of cash transfer: protective factor						
	Higher values of cash transfer and husband with traditional views of gender role: risk factor	-	-	-	-	-	-
³ Bobonis <i>et al.</i> , 2013	Protective factor	-	No effect	No effect	Protective factor	-	-
Bobonis <i>et al.</i> , 2015	No effect	-	No effect	No effect	No effect	-	-
Hidrobo & Fernald, 2013	No effect		women with more than primary schooling: protective factor				
	No effect	-	Less than primary schooling – risk factor (women’s education is equal to or more than her partner’s)	-	-	-	-

Reference	Physical Violence	Severe Physical Violence	Psychological Violence	Sexual Violence	Physical and/or Sexual Violence	Physical and/or Psychological Violence	Physical and/or Psychological or Sexual Violence
Perova, 2010	-	-	Protective factor: when women have an employment and have not IPV in childhood	No effect	-	-	-
Pettifor <i>et al.</i> , 2016	Protective factor	-	-	-	-	-	-
Rivera <i>et al.</i> , 2006	No effect	-	External control: protective factor:	No effect	-	-	-
	No effect		Internal control: no effect:	No effect			
Tolman & Rosen, 2001	-	No effect	-	-	-	-	-

Notes:

- Protective factor No effect Risk factor
 - Not measured
 * Gramen Bank, BRAC (Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee – Microcredit financing institution)
 ** IMAGE – intervention = credit + complementary actions
 *** Jessore, Sirajgonj, DSM (Dar es Salaam), Mbya: cities where the research was conducted
 1 OR=0,75 (1,26 – 1,0) p value ≤ 0,05
 2 Credit group membership (fewer than 2 years; 2 or more years) presented no effect in individual level to Sirajgoonj and Jessore.
 3 There was not effect modifier considering decision-making power, expect gains to marriage and type of marital relationship

Results of the methodological quality evaluation are presented table 3 (survey) and table 4 (experimental studies). Criterion 3 ('strategies to address confounders') was the only found in all twenty-six surveys analyzed, and twelve studies met criterion 5 ("sufficient description of the groups to be compared"). Criteria 7 ("equal treatment of groups, except for the intervention"), 8 ("equal measurement of outcomes between groups") and 10 ("appropriate statistical analysis") were met by all experimental studies.

Table 3 - Critical appraisal results for included studies using the MASTARI Critical Appraisal Checklist – Descriptive/Case Series Studies

Reference	Random or Pseudo-Random Sample	Criteria for Inclusion Defined	Strategies to Deal with Confounding	Outcomes Assess	Comparisons between the groups	Answer Rate	Outcome Measurement	Statistical Analysis
Ahmed <i>et al.</i> , 2005	N	Y	Y	N	N	U	Y	Y
Aisa, 2014	Y	U	Y	N	Y	U	U	Y
Bajracharya & Amin, 2013	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
Bates <i>et al.</i> , 2004	N	Y	Y	Y	N	Y	U	Y
Bhuiya <i>et al.</i> , 2003	N	Y	Y	U	N	U	Y	N
Bobonis <i>et al.</i> , 2013	Y	Y	Y	U	Y	N	U	Y
Bobonis <i>et al.</i> , 2015	Y	Y	Y	U	N	N	U	Y
Cepeda <i>et al.</i> , 2017	U	Y	Y	N	Y	U	Y	Y
Chin <i>et al.</i> , 2012	N	Y	Y	N	Y	N	U	Y
Dalal <i>et al.</i> , 2013	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	U
Dutt <i>et al.</i> , 2015	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Hadi <i>et al.</i> , 2000	U	Y	Y	N	Y	Y	Y	U
Hadi <i>et al.</i> , 2005	U	Y	Y	N	Y	Y	Y	U
Hasan <i>et al.</i> , 2014	N	Y	Y	U	N	U	Y	Y
Karim & law, 2016	Y	N	Y	Y	N	N	U	Y
Kim <i>et al.</i> , 2009	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y
Koenig <i>et al.</i> , 2003	U	Y	Y	N	N	Y	U	Y
Murshid <i>et al.</i> , 2015	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y
Murshid, 2016	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y
Naved & Persson, 2005	Y	Y	Y	Y	N	U	Y	Y
Perova, 2010	Y	Y	Y	N	N	N	U	Y
Rivera <i>et al.</i> , 2006	N	Y	Y	N	Y	Y	U	Y
Sarker <i>et al.</i> , 2016	Y	N	Y	U	Y	U	U	Y
Schuler <i>et al.</i> , 1996	N	U	Y	N	N	Y	U	Y

Tolman & Rosen, 2001	Y	Y	Y	Y	N	Y	U	Y
Vyas <i>et al.</i>, 2015	Y	Y	Y	Y	N	Y	U	Y

Legend:

Y	Yes
N	No
U	Unclear

Table 4 - Critical appraisal results for included studies using the MASTARI Critical Appraisal Checklist – Randomized Control / Pseudo-randomized Trial

Reference	Random Sample	Participants Blinded	Allocation Concealment to Groups	Intention to Treat Analysis	Outcome Evaluator Blinded to Allocation	Control and Treatment are Comparable	Groups treated Identically Other than Intervention	Outcomes Measured In the Same Way for all Groups	Outcome Measurement	Statistical Analysis
Angelucci, 2008	Y	U	U	U	U	Y	Y	Y	U	Y
Green <i>et al.</i> , 2015	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	N	Y
Hidrobo and Fernald, 2013 (	Y	U	U	U	U	Y	Y	Y	Y	Y
Pettifor <i>et al.</i> , 2016	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
Pronyk <i>et al.</i> , 2006	Y	U	U	N	U	Y	Y	Y	Y	Y
Tsai <i>et al.</i> , 2016	U	N	N	Y	U	N	Y	Y	Y	Y

Legend:

Y	Yes
N	No
U	Unclear

A subgroup analysis considering the effect of MP on physical violence involving only studies with met methodological quality (Q1 – experimental studies; Q8 – observational studies) was also inconclusive. Three papers found an increased risk and other three a decreased risk. Only one reference showed no effect. As for the impact of CTP on physical violence, only one showed increased risk, two showed a protective effect and two others suggested no effect. The small number of articles fulfilling the quality criteria prevented subgroup analysis for the effect of MP and CTP on other forms of violence.

Discussion

Studies profile

As shown in result section, studies assessing the effect of women's economic empowerment on IPV are restricted to a few countries. Those focusing on MP were restrict to Africa and Southeast Asia, while papers covering CTP were more common in Latin America. This regional distribution corresponds to the frequency of both programs worldwide. MP are predominant in African and Asian countries (Orton et al., 2016), whereas the majority (60%) of Latin American nations has at least one CTP (Bastagli et al., 2016). The growing interest on the subject is noticeable given more than 50% of the reviewed papers have been published since 2010. Most studies have focused on MP rather than CTP. The scope of the original studies follows the literature's trend regarding violence against women, which focuses on the assessment of the programs' impact on physical violence.

Methodologically, improvement in the quality of violence identification strategies is perceptible over time, with studies gradually incorporating more robust instruments in recent years. Still, the number of randomized controlled trials remains small compared to surveys. Variables used in adjustment statistical were normally used to IPV context. However, most cross-sectional studies did not consider the time of women's participation in economic empowerment programs in the analysis. The few studies exploring this showed that information is important in this context. Hadi et al. (2000 and 2005) found that participating in MP for five years or more protects against physical, psychological and sexual violence while participating for less than five years seems to have no effect (Hadi, 2000, 2005). Conversely, Bobonis et al. (2015) found that women's participation in income transfer programs could reduce violence initially but not keeping up over time (G. Bobonis et al.,

2015). Sample size and the control group seem appropriate in all original surveys/intervention studies.

Main results

Most of the papers included in this review indicated a risk reduction or no effect of economic empowerment program concerning the occurrence of physical violence, physical and/or sexual violence and psychological violence (only CTP). However, some studies found an important interaction effect showing an increased risk in specific subpopulations. The heterogeneous results uncovered here may be interpreted using the theoretical model proposed by Tauchen et al. (Tauchen et al., 1991). Accordingly, both an increase and a reduction of IPV can occur once women enrollment in economic empowerment programs, depending on the sociocultural context of the family. In countries with a more patriarchal and chauvinist culture, increasing a woman's income could be perceived as a threat to patriarchal power leading to more violence as a result. In regions with less gender inequality, though, economic empowerment may be viewed positively by partners with whom they usually share responsibilities for family support (Seema Vyas & Watts, 2009).

Studies that showed an increased risk of physical IPV indicated that more educated women (Dalal et al., 2013), those with more decision-making power (Dalal et al., 2013) and living in urban villages (Naved & Persson, 2005) are more exposed to physical IPV than their counterparts. A similar conclusion was reached when physical violence was studied along with sexual abuse. Women with high decision-making power (Dalal et al., 2013) and with more years of schooling (Dalal et al., 2013) have an increased risk to IPV. This pattern is also replicated for psychological violence and CTP. Hidrobo & Fernald (Hidrobo & Fernald, 2013) showed an increased risk in a small subgroup (women with less than elementary education who have more or equal education than their partners). These results suggest that more empowered women are more vulnerable to violence in these specific sets and situations. The domain-specific results reinforce Tauchen's et al. (1991) theoretical model showing that violence could both increase or decrease when women have their income raised depending on the context. These findings underline the importance of considering some peculiarities when attempting to understand the subject, making it clear that there is not a single answer to this review question. Moreover, in the case of physical violence and in the combination of physical and sexual violence and MP the results may not be extrapolated to all contexts, since studies from Bangladesh have influenced the results.

Literature on the repercussions of MP on levels of psychological violence against women remains scarce, precluding any conclusion. Only two studies evaluated this type of violence (Cepeda et al., 2017; Hadi, 2005). The relatively low number of studies focusing on this outcome as compared to those interested on physical abuse may be explained by the fact that most studies on physical IPV were carried out in Bangladesh where physical violence is more valued than other forms of violence.

Despite the few number of studies on MP/CTP and sexual violence, a literature synthesis is still possible since the results took the same direction. Studies suggested that both programs have no effect on sexual abuse. The difficulty that sexual abuse has in being perceived as a form of violence may explain this lack of effect found. In more conservative societies, marriage may legitimize sexual violence, rendering microcredits and income transfer programs ineffective in reducing the situation. Interventions that explicitly address gender issues and sexuality in marriage would be welcome as strategies aiming to economically empower women and reduce sexual violence (Dalal et al., 2013; Hadi, 2000; Kim et al., 2009; Rivera et al., 2006). Subgroup analysis considering only articles that accomplished quality criteria converged to the same conclusions.

Other sources of heterogeneity between studies' results

Even though all programs are based on poverty reduction through money transfer/loan directed to women, the heterogeneity of interventions within and across countries may have hampered comparisons and thus a comprehensive summarization of the literature. Conditional CTP, for example, involve actions strengthening women's bonds with society through social support, access to health services and child/adolescent education. The requirement to comply with these demands may cause women to reinforce their social ties and create more favorable conditions for escaping a violent situation or asking for specialized help. This does not occur in unconditional CTP that are based solely on economic empowerment.

Another source of inconsistency that could not be explored concerns the regional differences in specific objectives, operational strategies and coverage of the CTP programs. The literature suggests that the programs *Oportunidades* (Conditional CTP/ Mexico) and *Juntos* (Unconditional CTP/ Ecuador), for example, work very differently in the Mexican and Ecuadorian regions, respectively (G. J. Bobonis et al., 2013; Hidrobo & Fernald, 2013). An impact analysis that does not consider these differences may lead to spurious results of the programs in each local context.

Something similar occurs when focusing on MP. In some approaches, complementary actions, such as training and monitoring of women's initiatives with a view to their financial autonomy, are part of the program. In others, women merely receive credit. The study by Kim *et al.*, (Kim et al., 2009) reinforces the importance of these parallel empowerment strategies. Their results point to a significant drop in physical or sexual violence among the participants of an MP that are also offered training, educational lectures and gender transformative intervention (IMAGE intervention) in addition to just providing credit.

Another hypothesis that may have contributed to the inconsistency of effect measures concerns the differences in outcome measurement strategies. While some studies used crossculturally validated instruments, others opted to remove or add questions from validated questionnaires or, worse, used isolated questions extracted from -wellestablished- questionnaires on IPV.

Lastly, regarding the adjustments used in the analyses, most studies included variables classically associated with IPV such as the woman's age, education level or socio-economic status. However, some studies also adjusted for specific variables seizing local and culturally contoured characteristics, such as the gender of the first child, religion, presence of a dowry, and number of wives. These methodological differences may also hamper a comprehensive synthesis.

Limitations and strengths

The results of this review should be interpreted in the light of its limitations and strengths. Given most reviewed studies were observational, it was not possible to guarantee the homogeneity of the reference groups regarding possible confounding factors. Regional particularities could not be considered in the analysis as well as the other relevant characteristics such as partner's education, number of children per family, amount of microcredit or cash transfer received, intervention period, complementary interventions, family income, urban/rural population (due different definition between countries) etc. Therefore, due heterogeneous effects meta-analysis was not recommended. However, at least three methodological options are a step forward from previous reviews. One concerns the scope of data sources encompassing ten reference databases, including sources of gray literature as well. Another strength rests on the papers' selection process ranging across three languages (Portuguese, English and Spanish). The broader scope of IPV and economic empowerment programs covered by this review is also a positive point of the paper.

Methodological shortcomings and suggestions to overcome them

The small number of randomized trials should be mentioned. When dealing with research addressing IPV at core, clinical trials are hardly adequate or tenable methodological option since it would be unethical not refrain from intervening in cases of pre-existing violence. However, previous research has found reasonable alternatives for dealing with this problem (Green et al., 2015; Hidrobo & Fernald, 2013; Kim et al., 2007).

The absence of comments about effect modification evaluation on the original papers is another limitation on the literature. In this way, we do not know if it was not examined or if it was tested and were not present in the studies. As literature suggested that there are many context and individuals' variables that may modify the impact of PTR on IPV, it would be interesting that future studies incorporate those analyses, reporting their main results in the texts.

The narrow scope of previous literature may also be regarded a limitation. The role of economic empowerment programs and occurrence of sexual violence is one of them. Almost all studies performed to date have assessed this category of violence in conjunction with physical violence preventing specific conclusions. Similarly, investing in research to assess program's effects on psychological violence is necessary, given former studies on the topic are limited to a few countries in Latin America and restricted to certain program's modalities.

Conclusions

Microcredit and cash transfers are successful programs in eradicating hunger and poverty (Bastagli et al., 2016; Orton et al., 2016). Several investigations showed, however, that these programs may have also unintended positive outcome reducing IPV. As presented before, the effect of economic empowerment programs on physical, physical and/or sexual IPV (valid for Bangladesh) and psychological violence (only CTP) is heterogeneous according to different scenarios preventing a single definitive answer to this review question. While reducing or having no impact in some social contexts, in others they tend to improve the risk of victimization. Due to these inconsistent findings, it is not appropriate to prescribe a gender transformative intervention in parallel to economic actions yet, but it will be mandatory to think about that if future studies continue to suggest the increase of IPV risk for women beneficiaries. IMAGE initiative (Kim et al., 2009) is an example of a thriving project helping women to overlap IPV and other difficulties associated with gender and may be seen as an inspiring experience in this direction. It calls attention that there is little evidence about

psychological violence and MP. Thus conclusion about this topic could be hasty. On the other side, looking to the papers that focused on sexual abuse permits us to suggest that MP and CTP have no significant impact on this type of violence.

Despite those current conclusions, the heterogeneity between the same general type of programs, and the limitations and heterogeneity of previous studies reinforce the need for new studies encompassing cultural context and interventions' characteristics on their analysis. More specific reviews focusing on the impact of a unique empowerment program and type of IPV maybe permit a more in-depth discussion. An increasing interest in the subject in recent years may help moving forward in overcoming gaps and limitations encountered thus far, intending to produce increasingly robust evidence to guide the implementation of effective public policies addressing this critical worldwide public health problem.

References

- Ahmed, Syed Masud. (2005). Intimate partner violence against women: Experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23, 95-101.
- Aísa, Martina García. (2014). *Conditional Cash Transfers and Intimate Partner Violence among Mexican Couples : the Impact of Oportunidades on Psychological Abuse Prevalence June 2014 Supervisor*. (Master in Economic Development and Growth).
- Angelucci, Manuela. (2008). Love on the Rocks: Domestic Violence and Alcohol Abuse in Rural Mexico. *Journal of Economic Analysis & Policy*, 8, 43. doi: 10.2202/1935-1682.1766
- Bajracharya, Ashish, & Amin, Sajeda. (2013). Microcredit and Domestic Violence in Bangladesh: An Exploration of Selection Bias Influences. *Demography*, 50, 1819-1843. doi: 10.1007/s13524-013-0226-0
- Bastagli, Francesca, Hagen-Zanker, Jessica, Harman, Luke, Barca, Valentina, Sturge, Georgina, Schmidt, Tanja, & Pellerano, Luca. (2016). *Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features*. London: Overseas Development Institute Retrieved from <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/11316.pdf>.
- Bates, Lisa M., Schuler, Sidney Ruth, Islam, Farzana, & Islam, Khairul. (2004). Socioeconomic Factors and Processes Associated with Domestic Violence in Rural Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 190-199.

- Bhuiya, Abbas, Sharmin, Tamanna, & Hanifi, S.M.A. (2003). Nature of domestic violence against women in a rural area of Bangladesh: implication for preventive interventions. *Journal of health, population, and nutrition*, 21, 48-54. doi: 10.2307/23498834
- Bloch, F., & Rao, V. (2002). Terror as a bargaining instrument: a case study of dowry violence in rural India. *The American Economic Review* 92(4), 1029-1043.
- Bobonis, Gustavo, Castro, Roberto, & Morales, Juan S. (2015). Conditional Cash Transfers for Women and Spousal Violence: Evidence of the Long-Term Relationship from the Oportunidades Program in Rural Mexico. *Inter-American Development Bank*.
- Bobonis, Gustavo J., Castro, Roberto, & Morales, Juan S. (2013). Conditional Cash Transfers for Women and Spousal Violence: Evidence of the Long-Term Relationship from the Oportunidades Program in Rural Mexico. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(5), 179-205.
- Bourey, Christine, Williams, Whitney, Bernstein, Erin Elizabeth, & Stephenson, Rob. (2015). Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health*, 15.
- Brody, Carinne, Hoop, Thomas de, Vojtkova, Martina, Warnock, Ruby, Dunbar, Megan, Murthy, Padmini, & Dworkin, Shari L. (2015). Economic Self-Help Group Programs for Improving Women's Empowerment: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 19.
- Cepeda, I., Lacalle-Calderon, M., & Torralba, M. (2017). Microfinance and Violence Against Women in Rural Guatemala. *J Interpers Violence*, 886260517738780. doi: 10.1177/0886260517738780
- Chin, Yoo Mi. (2012). Credit Program Participation and Decline in Violence: Does Self-Selection Matter? *World Development*, 40, 1690-1699. doi: 10.1016/j.worlddev.2012.04.003
- Dalal, Koustuv, Dahlström, Orjan, & Timpka, Toomas. (2013). Interactions between microfinance programmes and non-economic empowerment of women associated with intimate partner violence in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMJ open*, 3. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002941
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., . . . Watts, C. H. (2013). Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. doi: 10.1126/science.1240937
- Dutt, Anjali, Grabe, Shelly, & Castro, Marina. (2015). Exploring Links between Women's Business Ownership and Empowerment among Maasai Women in Tanzania. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 1-24. doi: 10.1111/asap.12091

- Farmer, A., & Tiefenthaler, J. (1997). An economic analysis of domestic violence. . *Review of Social Economy* 55, 337-358.
- Forde, I., Rasanathan, K, & Krech, R. (2011). *Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement*. Geneva: WHO.
- Gibbs, A., Jacobson, J., & Kerr Wilson, A. (2017). A global comprehensive review of economic interventions to prevent intimate partner violence and HIV risk behaviours. *Glob Health Action*, 10(sup2), 1290427. doi: 10.1080/16549716.2017.1290427
- Green, E. P., Blattman, C., Jamison, J., & Annan, J. (2015). Women's entrepreneurship and intimate partner violence: A cluster randomized trial of microenterprise assistance and partner participation in post-conflict Uganda (SSM-D-14-01580R1). *Soc Sci Med*, 133, 177-188. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.03.042
- Hadi, Abdullahel. (2000). Prevalence and correlates of the risk of marital sexual violence in bangladesh. *Journal of interpersonal violence*, 15(8), 787-805.
- Hadi, Abdullahel. (2005). Women's productive role and marital violence in Bangladesh. *Journal of Family Violence*, 20, 181-189. doi: 10.1007/s10896-005-3654-9
- Hasan, T., Muhaddes, T., Camellia, S., Selim, N., & Rashid, S. F. (2014). Prevalence and experiences of intimate partner violence against women with disabilities in Bangladesh: results of an explanatory sequential mixed-method study. *J Interpers Violence*, 29(17), 3105-3126. doi: 10.1177/0886260514534525
- Hidrobo, Melissa, & Fernald, Lia. (2013). Cash transfers and domestic violence. *J Health Econ*, 32(1), 304-319. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.11.002
- Institute, Joanna Briggs. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*
- Karim, K. M. Rabiul, & Law, Chi Kong. (2016). Microcredit and Marital Violence: Moderating Effects of Husbands' Gender Ideology. *Journal of Family Violence*, 31(2), 227-238. doi: 10.1007/s10896-015-9763-1
- Kim, Julia, Ferrari, Giulia, Abramsky, Tanya, Watts, Charlotte, Hargreaves, James, Morison, Linda, . . . Pronyk, Paul. (2009). Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: The IMAGE study in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 824-832. doi: 10.2471/BLT.08.056580
- Kim, Julia, Watts, Charlotte H., Hargreaves, James R., Ndhlovu, Luceth X., Phetla, Godfrey, Morison, Linda A., . . . Pronyk, Paul. (2007). Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*, 97, 1794-1802. doi: 10.2105/AJPH.2006.095521

- Koenig, Michael A., Ahmed, Saifuddin, Hossain, Mian Bazle, & Mozumder, A.B.M. Khorshed Alam. (2003). Women's status and domestic violence in rural bangladesh: Individual and community level effects. *Demography*, 40(2), 269-288.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, Prisma. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Murshid, N. S. (2016). Men's response to their wives' participation in microfinance: perpetration and justification of intimate partner violence in Bangladesh. *Public Health*, 141, 146-152. doi: 10.1016/j.puhe.2016.09.016
- Murshid, N. S., Akincigil, A., & Zippay, A. (2015). Microfinance Participation and Domestic Violence in Bangladesh: Results From a Nationally Representative Survey. *J Interpers Violence*, 31(9), 1579-1596. doi: 10.1177/0886260515569065
- Naved, Ruchira Tabassum, Azimb, Safia, Bhuiyaa, Abbas, & Perssonc, Lars Ake. (2006). Physical violence by husbands: magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. *Soc Sci Med*, 62(12), 2917-2929. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.12.001
- Naved, Ruchira Tabassum, & Persson, Lars Åke. (2005). Factors Associated with Spousal Physical Violence against Women in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 36(4), 289-300.
- Orton, Lois, Pennington, Andy, Nayak, Shilpa, Sowden, Amanda, White, Martin, & Whitehead, Margaret. (2016). Group-based microfinance for collective empowerment: a systematic review of health impacts. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, 694-704.
- Perova, Elizaveta. (2010). *Buying out of abuse - how changes in women's income affect domestic violence*. (PhD), University of California, California.
- Pettifor, A., MacPhail, C., Hughes, J. P., Selin, A., Wang, J., Gomez-Olive, F. X., . . . Kahn, K. (2016). The effect of a conditional cash transfer on HIV incidence in young women in rural South Africa (HPTN 068): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*, 4(12), e978-e988. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30253-4
- Pronyk, Paul M., Hargreaves, James R., Kim, Julia C., Morison, Linda A., Phetla, Godfrey, Watts, Charlotte, . . . Porter, John D. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet*, 368, 1973-1983. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69744-4
- Rivera, Leonor, Hernández, Bernardo, & Castro, Roberto. (2006). Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema e incorporación al programa de desarrollo humano Oportunidades. El colegio de México.

- Rothman, Kenneth J. (2012). *Epidemiology: an introduction* (Vol. 2 edition). New York: Oxford.
- Sarker, Masud, Islam, Shahidul, & Ahmed, Faysal. (2016). Violence against wives in household: A case study in rural Bangladesh. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*, 9(3), 43-56.
- Schuler, Sidney Ruth, Hashemi, Syed M., Riley, Ann P., & Akhter, Shireen. (1996). Credit programs , patriarchy and men's violence against women in rural bangladesh. *social science & medicine*, 43, 1729-1742.
- Tauchen, Helen V., Witte, Ann Dryden, & Long, Sharon K. (1991). Domestic violence: a nonrandom affair. *International Economic Review*, 32(2), 491 - 511.
- Tolman, Richard M., & Rosen, Daniel. (2001). Domestic violence in the lives of woman receiving welfare. *Violence Against Women*, 7(2), 141-158.
- Tsai, L. C., Carlson, C. E., Aira, T., Norcini Pala, A., Riedel, M., & Witte, S. S. (2016). The impact of a microsavings intervention on reducing violence against women engaged in sex work: a randomized controlled study. *BMC Int Health Hum Rights*, 16(1), 27. doi: 10.1186/s12914-016-0101-3
- Vyas, S., Jansen, H. A., Heise, L., & Mbwambo, J. (2015). Exploring the association between women's access to economic resources and intimate partner violence in Dar es Salaam and Mbeya, Tanzania. *Soc Sci Med*, 146, 307-315. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.10.016
- Vyas, Seema, & Watts, Charlotte. (2009). How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in lowand middle income countries? A systematic review of published evidence *Journal of International Development*, 21, 577 - 602.
- WHO. (1997). *Violence against women: a priority health issue*. Geneva: World Health Organization.
- Yunus, Muhammad, Moingeon, Bertrand, & Lehmann-Ortega, Laurence. (2010). Building Social Business Models: Lessons from the Grameen Experience. *Long Range Planning*, 43(2-3), 308-325.

5.2 Manuscrito 2

Programa Bolsa Família e suas associações com a violência entre parceiros íntimos: uma análise de caminhos via multigrupo

Introdução

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é um problema de saúde global (WHO, 2017). Pesquisas nessa área mostram que a prevalência de VPI física e/ou sexual pode variar entre 16,3% e 65,6% ao longo da vida, sendo as maiores prevalências encontradas em países africanos e latino-americanos (DEVRIES et al., 2013).

No Brasil, o problema também é de grande magnitude. O primeiro estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre o tema apontou prevalências de violência psicológica, física menor e física grave atingindo patamares da ordem de 85,4%, 34,7% e 22,1%, respectivamente, em certos estados (REICHENHEIM et al., 2006). Visando reduzir a violência contra a mulher, estratégias para o seu enfrentamento têm sido incentivadas em todo o mundo (WHO, 2015).

O empoderamento econômico da mulher é considerado um fator-chave da prevenção da VPI (BRODY et al., 2015). No entanto, não há consenso na literatura sobre o que aconteceria com a VPI em caso de aumento de renda da mulher. Tauchen e colaboradores (1991), por exemplo, indicam que a VPI contra a mulher poderia tanto aumentar como diminuir, a depender do contexto. Nessa teoria, entende-se que o incremento da renda da mulher aumenta o seu poder de barganha dentro do casamento. Assim, podendo negociar e participar das tomadas de decisões dentro da esfera doméstica, as relações de poder dentro de casa tornar-se-iam mais equânimes e a VPI diminuiria em consequência da readequação do relacionamento entre o casal (TAUCHEN et al., 1991). Por outro lado, o aumento de renda da mulher e consequentemente de sua autonomia financeira poderia desequilibrar as relações de poder, aumentando a VPI em alguns lares. O homem, por sentir sua autoridade na família diminuída, utilizaria a violência para restaurar sua dominância e reafirmar sua masculinidade (TAUCHEN et al., 1991).

Outra teoria também bastante difundida é a proposta por Farmer e Tiefenthaler (1997). Esse modelo propõe que a VPI deveria diminuir em casos de aumento de renda da mulher devido à redução de sua dependência econômica. Quando uma mulher depende financeiramente do seu companheiro, ela se torna mais tolerante com relação a insatisfações no casamento, inclusive aceitando situações de violência. Quanto maior a sua autonomia financeira, menor é a tendência de tolerar frustrações, passando a não admitir a violência perpetrada pelo companheiro (FARMER; TIEFENTHALER, 1997).

Outro modelo explicativo das relações entre renda e VPI foi proposto por Block e Rao (2002). Os autores propõem que o aumento da renda da mulher sempre irá gerar um aumento na VPI. Nesse modelo, a violência aumenta pois é o mecanismo através do qual o agressor tenta extrair recurso financeiro da vítima (BLOCH; RAO, 2002).

Apesar de voltados à redução da fome e da pobreza, pesquisas têm apontado que os Programas de Transferência de Renda (PTR) podem estar associados à diminuição da VPI em famílias beneficiárias (BOBONIS; CASTRO; MORALES, 2013; HIDROBO; FERNALD, 2013). Tais efeitos secundários seriam vinculados ao empoderamento das mulheres, à redução de sua dependência financeira e à construção de sua autonomia (BRODY et al., 2015).

Ainda assim, evidências empíricas sobre PTR e VPI em países da América Latina são controversas. Enquanto alguns estudos apontam que participar de PTR diminui o risco de violência física (BOBONIS et al., 2013; HIDROBO; PETERMAN; HEISE, 2014), outros não mostram esse efeito (HIDROBO; FERNALD, 2013; RIVERA; HERNÁNDEZ; CASTRO, 2006; TOLMAN; ROSEN, 2001), havendo, ainda, um estudo solitário indicando aumento de risco dessa forma de VPI em mulheres beneficiárias dos programas (ANGELUCCI, 2008). Para alguns autores, a falta de consenso na literatura se deve à heterogeneidade dos efeitos dos programas, a depender do nível de escolaridade do casal (HIDROBO; FERNALD, 2013), valor do benefício transferido (ANGELUCCI, 2008) entre outros possíveis fatores socioeconômicos (HIDROBO; FERNALD, 2013).

Os efeitos dos PTR em países da América Latina também são contraditórios quando se considera a violência psicológica. A diminuição do risco dessa forma de violência foi evidenciada por alguns estudos (AÍSA, 2014; HIDROBO; FERNALD, 2013; PEROVA, 2010; RIVERA et al., 2006). Outras pesquisas, porém, sugeriram não haver qualquer associação dos PTR com a violência (BOBONIS et al., 2013; HIDROBO et al., 2014; RIVERA et al., 2006). A possibilidade de os efeitos variarem conforme certas características dos programas, das famílias e do contexto também é aventada. Hidrobo e Fernald (2013), por exemplo, evidenciaram a diminuição da violência psicológica em mulheres com escolaridade

maior que a primária e o aumento da vitimização psicológica entre mulheres com muito baixa escolaridade e que possuíam nível educacional igual ou superior aos seus companheiros (Hidrobo & Fernald, 2013). Outra publicação indica que a transferência de renda reduz a violência psicológica em áreas urbanas, mas não tem qualquer efeito em áreas rurais (AÍSA, 2014).

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) foi implementado em 2003, estruturado em três pilares fundamentais: a transferência de renda, as condicionalidades (educação e saúde para crianças) e as ações complementares em assistência social (CAMPELLO; NERI, 2013). São elegíveis para participar do PBF famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. As mulheres são priorizadas como responsáveis pelo recebimento do benefício, que não tem valor fixo e depende da situação econômica da família e do número de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes (MDF, 2015). Apesar de ser considerado o maior programa condicional de transferência de renda do mundo, no melhor do conhecimento dos autores, apenas três pesquisas anteriores, todas de abordagem qualitativa, investigaram as relações entre a inserção no programa e aspectos relacionados à VPI.

Um estudo realizado com mulheres participantes do PBF relatou que a titularidade do programa simbolizava segurança, autonomia e liberdade, principalmente para aquelas que, anteriormente ao recebimento do PBF, dependiam da renda do marido ou ex-marido (CARLOTO; MARIANO, 2012). Em outro estudo qualitativo realizado em dez cidades brasileiras, 42,8% das mulheres beneficiárias do PBF relataram diminuição de violência doméstica (MDF, 2006). Uma terceira pesquisa, realizada em dois municípios urbanos do Brasil (Londrina - PR e Uberlândia - MG), apontou que participantes do PBF relataram independência financeira em relação a alguma figura de autoridade, como pai, marido ou companheiro (CARLOTO, 2012; CARLOTO; MARIANO, 2012). Resultado bastante semelhante foi encontrado em pesquisa realizada em Duque de Caxias, RJ, em 2015 (MARESI, 2017).

Como visto, a literatura internacional é ainda controversa com relação à associação dos PTR e a VPI. No Brasil, apesar de haver algumas evidências sugerindo que a inserção de mulheres no PBF pode levar ao seu empoderamento e maior autonomia econômica, não há estudos epidemiológicos que abordem especificamente as relações entre o programa e as diferentes formas de VPI. Considerando a heterogeneidade dos resultados de estudos internacionais sobre os impactos secundários dos PTR na VPI em diferentes subgrupos populacionais, a grande cobertura do PBF e a relevância das violências em nosso meio, parece oportuna a realização de novos estudos sobre o tema.

O objetivo deste estudo, portanto, é avaliar se ser beneficiária do PBF pode ser considerado fator de proteção para a ocorrência de VPI física e psicológica contra mulher, considerando a possibilidade da renda *per capita* familiar atuar como modificador do efeito na relação entre PBF e VPI.

Materiais e Método

Local, desenho do estudo e seleção de participantes

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que faz parte do projeto "Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas, no período de 2005 a 2010, em Duque de Caxias, Rio de Janeiro".

Duque de Caxias é um município da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, situado na região da baixada fluminense, figurando como o terceiro município mais populoso do estado. A região compreende uma das mais consolidadas áreas industriais do estado do Rio de Janeiro, sendo suas principais atividades econômicas a indústria de transformação, a prestação de serviços e o comércio (COSTA NETO, 2002). A cidade tem população estimada, segundo o Censo do IBGE (IBGE, 2010), em aproximadamente 900 mil habitantes e tem IDH de 0,711 (IBGE, 2010). A mortalidade infantil foi de 14,63 a cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2010) e a cobertura da atenção básica estava em torno de 35% em 2010 (IBGE, 2010).

A amostra do estudo de fundo foi selecionada por meio da amostragem em conglomerados em múltiplos estágios (setores censitários, domicílios particulares permanentes e indivíduos). O tamanho estimado da amostra foi de 1.000 domicílios, levando em consideração a prevalência de 14,5% de pobreza extrema e níveis de precisão máximos de 5%. Participaram da pesquisa 1.125 domicílios.

Para o presente estudo, foram consideradas elegíveis mulheres que relatavam ter algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista, resultando em 845 mulheres. Além disso, foram excluídas aquelas que recebiam benefícios do governo, organizações não governamentais ou igrejas, que não o PBF. Dessa forma, a amostra final do estudo incluiu 807 mulheres.

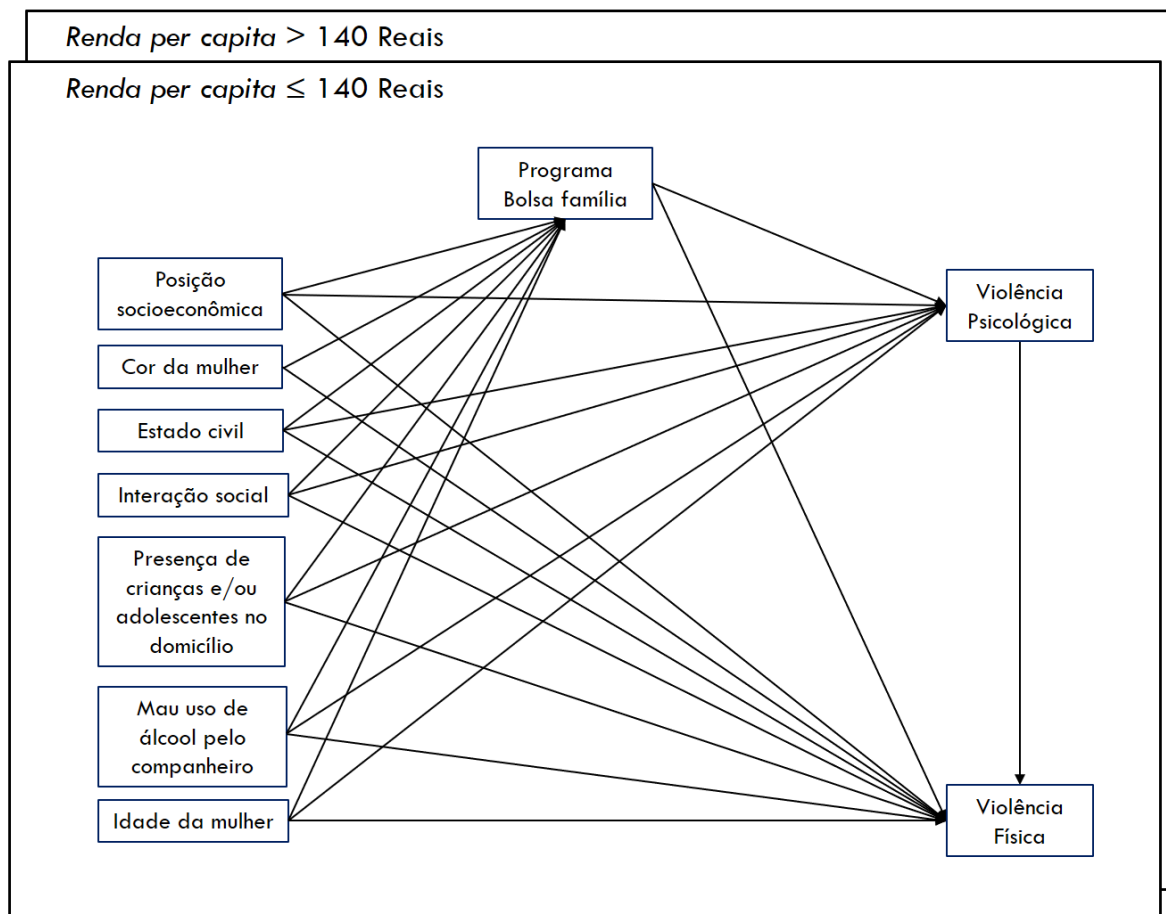
Trabalho de campo

A coleta de dados foi realizada através de questionários estruturados aplicados por 12 entrevistadores devidamente treinados, no período de abril a dezembro de 2010. O módulo de saúde da mulher que contemplava as informações sobre as diversas formas de VPI foi aplicado por uma entrevistadora em local reservado e sem a presença do companheiro, de amigos e ou familiares.

Modelo propositivo, variáveis e instrumentos de aferição

Na figura 1, é apresentado o modelo propositivo do estudo. A principal exposição de interesse é a participação no PBF. A violência psicológica e física contra a mulher são os desfechos do estudo. As demais variáveis que compõem o modelo são possíveis variáveis de confusão nas relações entre o PBF e as violências psicológica e física contra a mulher, dado que, segundo a literatura, são supostamente associadas à participação no PBF e são fatores de risco para VPI. Como pode ser visto na referida figura, postula-se que, em comunidades de baixa renda, mulheres jovens, com renda extremamente baixa, de cor de pele preta, solteiras/viúvas/divorciadas, com baixa interação social, cujo companheiro faz mau uso de álcool e tendo crianças ou adolescentes no domicílio têm maior probabilidade de fazer parte do PBF, devido à sua maior vulnerabilidade (SOARES et al., 2010). Tais características também são fatores de risco para a ocorrência de violência física e psicológica contra a mulher no contexto doméstico brasileiro (COSTA et al., 2017; LEITE et al., 2017). Ainda segundo o modelo, a violência psicológica seria um importante mediador dos efeitos do PBF e de seus determinantes distais na ocorrência de violência física (MORAES et al., 2016). Esse modelo também propõe que a relação entre o PBF e as violências podem ocorrer de maneira distinta a depender do estrato de renda *per capita* familiar: >140 reais e ≤ 140 reais.

Figura 1 – Modelo propositivo inicial da associação entre a renda do Programa Bolsa Família e violência entre parceiros íntimos.



Fonte: A autora, 2018

As **condições socioeconômicas das famílias** foram mapeadas através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), renda *per capita*, escolaridade da mulher e do companheiro e da cor da participante. O CCEB tem como função estimar o poder de compra das famílias urbanas, com base em informações sobre posse de bens duráveis (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, videocassete, DVD, geladeira e freezer), presença de empregado doméstico mensalista no domicílio e escolaridade do chefe de família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2008). A variável se apresenta em forma de escore, variando entre 0 (menor poder de compra/nível econômico) e 46 (maior poder de compra/nível econômico). Na análise descritiva, essa variável foi categorizada em tercís. Na modelagem principal, optou-se pela forma contínua.

A renda familiar e o número de dependentes dessa renda foram aferidos em pergunta direta dirigida para a mulher responsável pelo preparo das refeições no domicílio. A variável

renda per capita foi construída dividindo a renda familiar pelo número de dependentes em cada família, sendo categorizada em dois grupos – extrema baixa renda e baixa renda – se menor ou igual a 140 reais ou maior do que 140 reais, respectivamente. Esse ponto de corte foi escolhido pois famílias com renda *per capita* inferior a 140 reais eram consideradas em situação de pobreza e/ou extrema pobreza no Brasil à época da pesquisa.

As **escolaridades da mulher e do companheiro** foram utilizadas apenas nas análises descritivas, com o objetivo de caracterizar a população de estudo, sendo categorizadas em 4 níveis: nunca estudou ou estudou menos que um ano de estudo; até 5 anos de estudo (referente primeira metade do ensino fundamental); entre 6 e 10 anos de estudo (referente à segunda metade do ensino fundamental) e mais de 10 anos de estudo (referente ao ensino médio ou mais).

A variável **cor de pele** foi autorreferida e coletada segundo a classificação do IBGE (preta, parda, branca, amarela ou indígena) (IBGE, 2011). Na análise descritiva e multivariada, a variável foi estratificada em três categorias, a saber, preta/indígena, parda, branca/asiática. Essa opção metodológica se deveu ao pequeno número de amarelos (9) e indígenas (4) na amostra e ao fato das prevalências de VPI terem sido semelhantes entre os estratos agrupados.

As **características demográficas** foram representadas pelas variáveis idade (utilizada em quatro categorias – menor que 30 anos; 31 - 40 anos; 41 - 50 anos e maior que 50 anos – na análise descritiva e em sua forma contínua na modelagem principal), estado civil da mulher (casada/mora junto ou solteira/separada/viúva) e presença de filhos menores de 18 anos no domicílio (sim ou não).

O **mau uso de álcool** pelo parceiro foi avaliado através do instrumento CAGE [(C) *Cut-down*; (A) *Annoyed*; (G) *Guilty*; (E) *Eye-opener*] (MAYFIELD et al., 1974; MASUR; MONTEIRO, 1983; MORAES et al., 2005). O instrumento é composto por quatro itens dicotômicos do tipo sim/não que abordam repercussões sociais negativas do uso abusivo de álcool. Seu escore varia de zero (nenhuma resposta positiva) a quatro (todas as respostas positivas). Nas análises descritivas, os indivíduos com escores maiores ou iguais a dois foram considerados positivos. Na análise multivariada, a variável foi utilizada em sua forma contínua.

Para avaliação do nível de **apoio social** recebido pela mulher, foi utilizado o instrumento elaborado pelo *Medical Outcomes Study (MOS)*, cujo objetivo é mensurar a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (SHERBOURNE, 1991). Esse instrumento contempla as principais dimensões de apoio social descritas na literatura

(material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação). Entretanto, foi considerada neste estudo apenas a dimensão “interação social positiva”, que diz respeito à disponibilidade de as pessoas se divertirem e relaxarem juntas. A decisão de utilizar a interação social foi adotada devido a uma maior significância estatística dessa dimensão em relação ao desfecho. Além disso, ela apresentou boas propriedades psicométricas (GRIEP, 2005). Na análise descritiva, consideraram-se um alto grau de interação social positiva escores iguais ou maiores do que noventa e cinco; na análise principal, essa variável foi utilizada em sua forma contínua, podendo variar de 0 a 100 (SHERBOURNE, 1991).

A participação ou não no **PBF** nos últimos seis meses foi aferida através de pergunta única, direta, dirigida à mulher responsável pelo preparo das refeições no domicílio. A variável foi utilizada de forma dicotômica (sim/não).

As informações sobre a **ocorrência da VPI** foram coletadas utilizando-se a versão nacional da *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2). Esse instrumento foi originalmente elaborado em língua inglesa e passou por um processo de adaptação transcultural, que viabilizou sua utilização no Brasil (STRAUS et al., 1996; MORAES et al., 2002; MORAES; REICHENHEIM, 2002a). A CTS2 é um instrumento estruturado, multidimensional, composto por 39 itens, que formam cinco subescalas: negociação, agressão psicológica, violência física, injúria e coerção sexual (MORAES et al., 2002; MORAES; REICHENHEIM, 2002a).

Neste estudo, utilizou-se a versão reduzida do instrumento, que abarca apenas as escalas de violência psicológica (oito itens) e violência física (12 itens). As informações sobre a VPI foram obtidas através do relato da mulher sobre a ocorrência de algum relacionamento íntimo nos últimos doze meses. O escore da subescala “violência psicológica” pode variar de 0 a 8, e o da violência física, de 0 a 12. Na análise descritiva, uma resposta positiva em pelo menos um dos itens da subescala de violência psicológica ou física caracterizou presença das respectivas formas de VPI. Na modelagem principal, essas informações foram categorizadas a partir do escore total. Para violência psicológica, foram agrupadas as mulheres com escores maiores que cinco, e para violência física, foram agrupadas as participantes com escore maior que quatro, dando origem a duas variáveis categóricas de 7 e 6 níveis, respectivamente.

Análises de dados

As análises descritivas e bivariadas foram realizadas no *software* Stata (STATACORP, 2017). Na análise bivariada, foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliar a heterogeneidade das proporções.

Como há evidências na literatura de que algumas variáveis socioeconômicas podem influenciar os efeitos dos PTR na ocorrência de VPI (ANGELUCCI, 2008; HIDROBO; FERNALD, 2013), a variável renda *per capita* foi avaliada como uma possível modificadora do efeito do PBF na VPI. Para tal, a modelagem principal foi realizada utilizando-se o método de análises de caminhos via multigrupo. De interesse aqui, essa proposta permite modelar simultaneamente variáveis dependentes, testar ajustes globais, avaliar efeitos totais, diretos e indiretos, e estudar a invariância de parâmetros entre múltiplos subgrupos.

A análise de caminhos foi conduzida em Mplus (MUTHÉN; MUTHÉN, 1998-2013), utilizando-se o estimador de mínimos quadrados ponderados diagonalmente (*Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted* ou *WLSMV estimator*). Esse estimador utiliza modelos probito e permite acomodar os dados faltantes (FINNEY; DIESTEFANO, 2013). As análises consideraram a estrutura de amostragem complexa do estudo, descritas na seção 4.2.1.2. Todos os coeficientes de regressão que diminuem em 10 pontos o valor do qui-quadrado do modelo são apresentados sugestivamente (para serem, subsequentemente, estimados livremente) como índices de modificação (IM) (*modification indices*) nas saídas do Mplus. Quando indicadas pelos IM, as estimativas foram efetivamente testadas e incorporadas, se necessário. A reespecificação do modelo ocorreu excluindo-se os caminhos não significativos para os dois estratos de renda de forma independente. A cada novo modelo testado, foi excluída a variável de maior p-valor (não significante). O processo de cortes se deu da esquerda para a direita (segundo a diagramação apresentada na figura 3), respeitando-se o posicionamento hierárquico de cada variável. O processo se encerrou quando todos os caminhos do mesmo nível hierárquico se mostraram significativos, considerando um p-valor $\leq 0,10$ e respeitando-se níveis aceitáveis do ajuste de modelo (BROWN, 2006; KLINE, 2016).

A avaliação dos ajustes do modelo usou três critérios: o erro quadrático médio de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation / RMSEA*), o índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index – CFI*) e índice de Tucker-Lewis (*Tucker–Lewis Index / TLI*). O *RMSEA* compensa o efeito da complexidade do modelo estimando o ajuste à luz do número de parâmetros envolvidos (graus de liberdade). Valores $< 0,06$ indicam um bom

ajuste; valores $> 0,10$ indicam ajuste inadequado, recomendando a rejeição do modelo. Limites de confiança superiores (*UCL*) a 90% também foram considerados. O *CFI* e o *TLI* são índices de ajuste incremental. Ambos variam de 0 a 1, e valores acima de 0.95 indicam ajuste adequado (BENTLER; YUAN, 1999; WANG; WANG, 2012). Tanto o *CFI* quanto o *RMSEA* são sensíveis à falta de especificação do modelo e são pouco afetados pelo tamanho da amostra (BROWN, 2015; KLINE, 2016).

Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009, sob o parecer de número 73/2009.

Resultados

A tabela 1 descreve o perfil da população estudada no nível agregado e estratificada por renda *per capita*. Observa-se que a maior parte das mulheres na amostra tinha mais de trinta anos de idade; era parda; casada; tinha nível educacional equivalente ao ensino fundamental (completo ou incompleto); tinha pelo menos um filho morando no domicílio; e relatou interação social satisfatória. Cerca de 70% das mulheres relataram ter sofrido violência psicológica e 28,6 % violência física no último ano. Aproximadamente 20% da população do estudo faziam parte do PBF nos últimos 6 meses. A maior parte dos companheiros tinha nível educacional equivalente ao ensino fundamental (completo ou incompleto) e quase 11% faziam mau uso de álcool.

Famílias de renda *per capita* familiar inferior a R\$140,00 tinham um perfil diferente das que tinham rendimentos acima desse corte. Como pode ser visto na tabela, as mulheres com menor rendimento eram mais propensas a (i) serem negras, (ii) terem menor escolaridade ou parceiros na mesma situação escolar, (iii) serem divorciadas/viúvas/solteiras, (iv) terem pelo menos um filho, (v) se encontrarem no primeiro tercil de renda, (vi) serem beneficiárias do PBF, (vii) terem parceiro que faz mau uso de álcool e (viii) sofrerem mais VPI física.

Tabela 1 – Descrição da população de estudo e análise bivariada comparando os diferentes estratos de renda *per capita*.

	Total		Renda <i>per capita</i> ≤ 140 Reais		Renda <i>per capita</i> >140 Reais		
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	p-valor
Idade da mulher (n=807)							
< 30 anos	288	35,7 (30,2 - 41,6)	49	36,0 (23,4 - 51,7)	239	35,6 (29,5 - 41,9)	0,434
31 - 40 anos	221	27,4 (21,8 - 34,0)	43	31,6 (19,0 - 48,5)	178	26,5 (17,5 - 30,5)	
41 - 50 anos	192	23,8 (18,1 - 30,6)	31	22,8 (9,6 - 41,1)	161	24,0 (17,8 - 31,6)	
>50 anos	106	13,1 (7,4 - 21,1)	13	9,6 (1,9 - 36,0)	93	13,9 (7,7 - 22,7)	
Cor da pele da mulher (n=779)							
Negra /indígena	155	19,9 (14,0 - 27,1)	29	22,3 (8,0 - 39,7)	126	19,4 (12,6 - 27,0)	0,039
Branca/asiática	267	34,3 (28,8 - 40,5)	32	24,6 (11,5 - 43,4)	235	36,2 (30,0 - 42,6)	
Parda	357	45,8 (40,7 - 51,3)	69	53,1 (41,2 - 65,7)	288	44,4 (38,0 - 69,4)	
Escolaridade da mulher (n=787)							
< 1 ano	88	11,2 (5,6 - 19,9)	27	20,6 (8,6 - 42,2)	61	9,3 (3,7 - 20,1)	0,000
1 - 5 anos	181	23,1 (17,2 - 30,0)	37	28,4 (15,8 - 47,0)	144	21,9 (15,7 - 29,8)	
6 - 10 anos	276	35,0 (29,5 - 41,9)	45	34,6 (21,8 - 51,2)	231	35,1 (28,9 - 41,5)	
>10 anos	242	30,7 (24,8 - 36,8)	21	16,4 (3,0 - 36,3)	221	33,7 (27,2 - 40,1)	
Escolaridade do companheiro (n=783)							
< 1 ano	71	9,1 (3,16 - 17,4)	17	13,0 (1,4 - 36,4)	54	8,2 (2,0 - 17,8)	0,004
1 - 5 anos	178	22,7 (16,5 - 29,3)	39	30,1 (17,0 - 47,5)	139	21,4 (15,0 - 29,3)	
6 - 10 anos	291	37,2 (31,5 - 43,0)	49	37,7 (23,4 - 51,7)	242	37,1 (31,1 - 43,6)	
>10 anos	243	31,0 (25,1 - 37,1)	25	19,23 (6,8 - 40,7)	218	33,3 (27,2 - 40,1)	
Estado Civil (n=805)							
Divorciada/viúva/solteira	95	11,8 (5,92 - 19,77)	27	19,8 (6,3 - 38,1)	68	10,2 (4,2 - 20,1)	0,001
Casada/Mora junto	710	88,2 (85,5 - 90,4)	109	80,2 (71,0 - 86,8)	601	89,8 (87,1 - 92,1)	

Criança e/ou adolescente no domicílio (n=807)							
Sim	639	79,2 (75,8 - 82,2)	130	95,6 (90,2 - 98,2)	509	75,8 (71,8 - 79,5)	0,000
Não	168	20,8 (15,0 - 27,8)	6	4,4 (0,0 - 45,9)	162	24,2 (17,7 - 31,4)	
Posição socioeconômica (n=756)							
Primeiro Tercil	231	30,5 (24,8 - 37,1)	66	53,2 (40,3 - 65,4)	165	26,1 (19,5 - 33,4)	0,000
Segundo Tercil	265	35,0 (29,3 - 41,1)	39	31,5 (17,0 - 47,5)	226	35,8 (29,5 - 42,4)	
Terceiro tercil	260	34,5 (28,4 - 40,3)	19	15,3 (3,38 - 39,5)	241	38,1 (32,0 - 44,6)	
Programa Bolsa Família (n=807)							
Sim	153	19,0 (13,0 - 26,0)	66	48,6 (36,0 - 61,1)	87	12,9 (6,4 - 21,4)	0,000
Não	654	81,0 (77,8 - 84,0)	70	51,4 (39,1 - 63,5)	584	87,1 (83,9 - 89,6)	
Mau uso de álcool pelo companheiro =794)							
Sim	86	10,8 (4,8 - 18,9)	22	16,6 (5,2 - 40,2)	64	9,7 (3,5 - 19,3)	0,018
Não	708	89,2 (86,7 - 91,4)	110	83,4 (75,3 - 90,0)	598	90,3 (91,0 - 95,2)	
Interação social (n=807)							
Sim	373	53,8 (48,9 - 58,4)	73	53,7 (41,3 - 65,2)	300	44,7 (38,9 - 50,4)	0,107
Não	434	46,2 (41,0 - 51,3)	63	46,3 (33,3 - 59,0)	371	55,3 (50,0 - 60,3)	
Violência psicológica (n=795)							
Sim	535	67,3 (63,1 - 71,2)	96	72,7 (62,9 - 81,4)	439	66,2 (61,5 - 70,6)	0,145
Não	260	32,7 (27,0 - 38,7)	36	27,3 (14,2 - 45,1)	224	33,8 (27,7 - 40,5)	
Violência física (n=797)							
Sim	228	28,6 (22,7 - 34,8)	54	40,6 (27,5 - 55,0)	174	26,2 (20,0 - 33,7)	0,001
Não	569	71,4 (67,4 - 75,0)	79	59,4(47,8 - 70,4)	490	73,8 (69,7 - 77,8)	

A tabela 2 apresenta o resultado principal. Foi observado que mulheres beneficiárias do PBF tinham maior probabilidade de sofrer violência psicológica entre as famílias com renda *per capita* superior a 140 reais. Essa associação não foi observada para as famílias com renda igual ou inferior a 140 reais. Apesar de não haver um efeito direto do PBF na ocorrência de VPI física em ambos os estratos de renda, mulheres participantes do PBF tinham maior probabilidade de serem vítimas de violência física, na medida em que a ocorrência de violência psicológica aumenta a probabilidade de VPI física no grupo economicamente mais favorecido. No modelo final, foram corroborados e adicionados dois caminhos inicialmente sugeridos pelos índices de modificação: estado civil com mau uso de álcool e domicílio com criança/adolescente e mau uso de álcool. A inclusão desses elos, além de sua importância para melhorar o ajuste do modelo, tem respaldo teórico segundo preconizado na literatura.

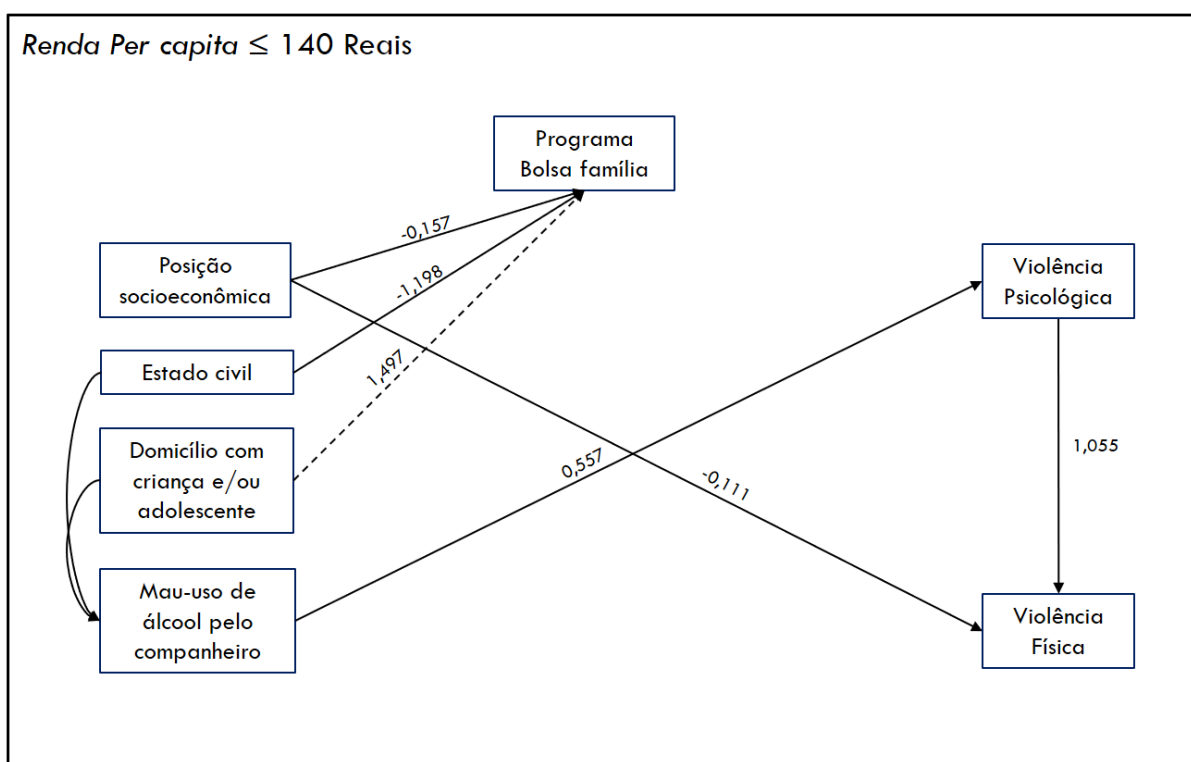
Tabela 2 – Resultado da análise de caminhos por multigrupo com efeitos direto e indireto.

Efeitos Diretos	Renda <i>per capita</i> ≤140 Reais n=136			Renda <i>per capita</i> >140 Reais n=665		
	Coefficientes	SE	p-valor	Coefficientes	SE	p-valor
Violência Física ON						
Posição socioeconômica	-0,111	0,057	0,050	-	-	-
Violência psicológica	1,055	0,204	0,000	0,767	0,107	0,000
Interação social	-	-	-	0,015	0,006	0,017
Violência psicológica ON						
Mau uso de álcool	0,557	0,120	0,000	0,243	0,085	0,004
Interação social	-	-	-	-0,009	0,004	0,043
Programa Bolsa Família (sim)	-	-	-	0,287	0,087	0,001
Programa Bolsa Família ON						
Posição socioeconômica	-0,157	0,057	0,006	-0,065	0,025	0,009
Estado civil (Divorciada/viúva/solteira)	-1,198	0,523	0,022			
Criança e/ ou adolescente no domicílio (sim)	1,497	0,815	0,066	0,887	0,225	0,000
Interação social	-	-	-	-0,015	0,006	0,008
Efeito indireto						
Programa Bolsa Família → Violência psicológica → Violência física	-	-	-	0,220	0,073	0,003
RMSEA 0,015 (0,000 - 0,035)						
Ajuste do modelo CFI 0,972						
TLI 0,963						

* Houve perda de 6 indivíduos nas análises

Outras relações também foram observadas no estudo. Entre as famílias de menor renda, o mau uso de álcool pelo parceiro aumentou o risco de a mulher sofrer violência psicológica. Já um menor nível econômico e a presença de violência psicológica no relacionamento aumentaram o risco de vitimização por violência física. Também pode ser observada uma maior probabilidade de ingresso no PBF entre famílias com menor nível econômico; formadas por mulheres solteiras, separadas ou viúvas, e com a presença de criança/adolescente (significância estatística limítrofe) (figura 2).

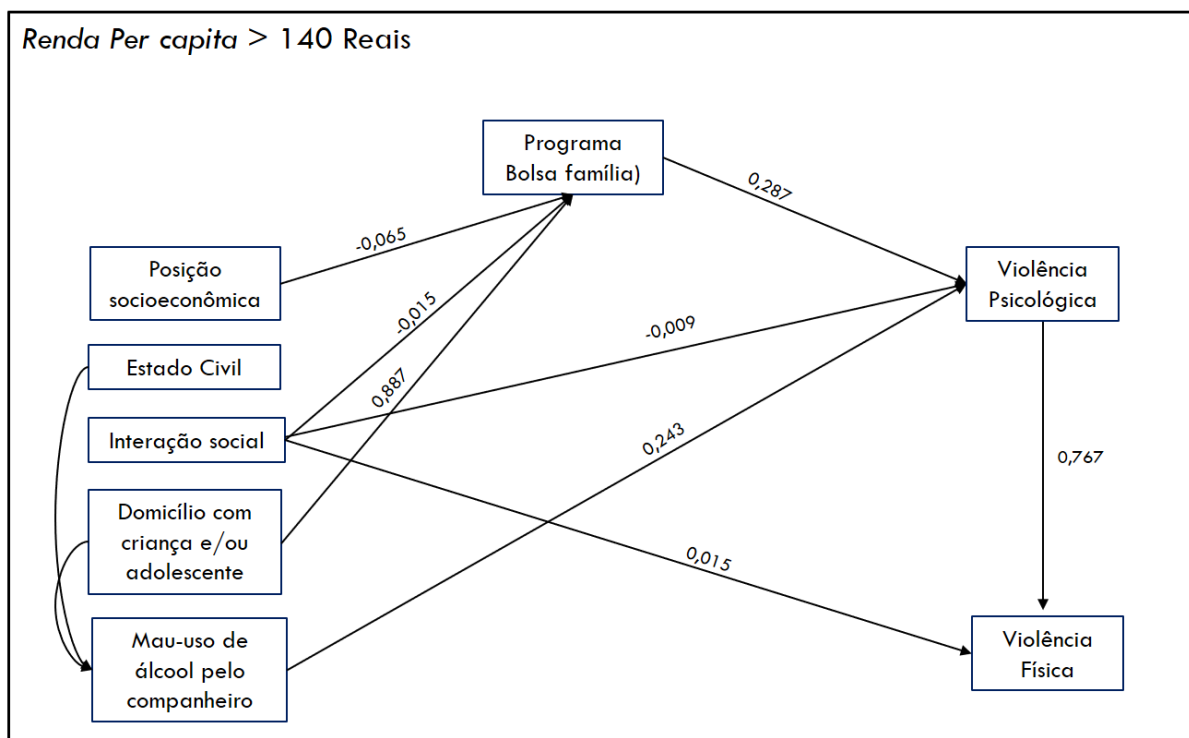
Figura 2 – Modelo final reduzido para famílias com renda *per capita* inferior a 140 reais



Fonte: A autora, 2018

Entre a população com renda *per capita* superior a 140 reais, as análises também mostraram que o mau uso de álcool e a baixa interação social aumentam a probabilidade de sofrer violência psicológica. A baixa interação social e a violência psicológica também foram fatores de risco para a experiência de violência física. Nota-se também que o baixo nível econômico, a presença de criança ou adolescente no domicílio e a baixa interação social aumentaram a probabilidade de a mulher ser beneficiária do PBF (figura 3).

Figura 3 – Modelo final reduzido para famílias com renda *per capita* superior a 140 reais



Discussão

Os resultados do estudo apontam que mulheres beneficiárias do PBF com renda *per capita* superior a 140 reais tiveram maior probabilidade de serem vítimas de violência psicológica e física do que aquelas que não estavam assistidas pelo programa. No entanto, no estrato mais pobre da população, a inserção no PBF não parece ter qualquer papel na ocorrência das violências avaliadas.

Esses resultados vão ao encontro dos reportados por dois estudos anteriores. Em ambos os cenários de estudos, os autores também referiram diferentes impactos de ser beneficiária do PTR de acordo com o estrato socioeconômico das famílias. O primeiro deles foi realizado no México e visou estudar o impacto do programa *Oportunidades* (programa de transferência de renda condicional) na violência física (ANGELUCCI, 2008). O estudo mostrou que o valor do benefício recebido pela mulher influenciava o efeito do programa na ocorrência de VPI. Segundo os autores, benefícios de menor valor conferiram proteção à mulher contra violência física, enquanto benefícios com valores elevados foram considerados fatores de risco para a ocorrência de violência (ANGELUCCI, 2008).

Outro estudo, realizado no Equador e publicado em 2013, também incorporou a avaliação do impacto de PTR na ocorrência de VPI. Foi investigado se diferenças socioeconômicas das famílias poderiam interferir nos efeitos do programa na prevenção das violências. Segundo os autores, participar do *Bono de Desarrollo Humano* (programa transferência de renda não condicional) diminui o risco de violência psicológica entre mulheres com nível educacional maior que o primário. Entre as mulheres beneficiárias do programa com menor nível de escolaridade, a incidência de violência psicológica foi maior entre aquelas com escolaridade igual ou superior a de seus companheiros (HIDROBO; FERNALD, 2013). Considerando que tanto o valor do benefício quanto a escolaridade e a renda *per capita* representam a situação socioeconômica da família, é possível afirmar que há influência do contexto socioeconômico no impacto dos PTR na VPI.

A ausência de efeito da renda do PBF na população mais pobre e uma significativa relação encontrada com a violência física e psicológica no estrato mais favorecido podem ser compreendidas de diferentes formas. É possível que, entre as famílias menos favorecidas, a renda extra oriunda do programa tenha sido utilizada em artigos de primeira necessidade, tais como alimentação e medicamentos, não ocorrendo conflito entre o casal sobre como o benefício deveria ser utilizado. Não havendo conflito adicional, as famílias permaneceriam com o mesmo risco de violência das famílias não beneficiadas. O excesso de violências entre as famílias em situação com renda *per capita* superior a 140 reais, por sua vez, se explicaria pelo já existente acesso a produtos de necessidade básica, o benefício do PBF atuando no acirramento de disputas de poder nas decisões sobre o que fazer com os recursos, assim instigando a utilização de estratégias violentas para sua resolução.

Uma segunda explicação para os resultados encontrados se baseia na teoria proposta por Tauchen, Witte e Longi (1991). Segundo os autores, o aumento de renda da mulher e, conseqüentemente, de sua autonomia financeira, poderia desequilibrar as relações de poder entre o casal, aumentando a VPI em alguns lares. O companheiro, por sentir a sua autoridade na família diminuída, utilizaria a violência para restaurar sua dominância e reafirmar sua masculinidade (TAUCHEN; WITTE; LONGI, 1991). Essa hipótese também foi utilizada por Angelucci e colaboradores (2008) e por Hidrobo e Fernald (2013) para justificar o aumento da violência conferido no México e no Equador, respectivamente.

Outra questão a ser ressaltada é que diversos estudos vêm chamando a atenção para o fato de que os fatores de risco e de proteção para a VPI podem atuar de maneiras distintas, a depender dos diferentes contextos de estudo. Em países de cultura mais patriarcal e machista, o aumento da renda da mulher pode ser percebido pelo parceiro como uma situação que

promova seu empoderamento, com a consequente inversão de valores e funções dentro da família. A percepção de tal ameaça poderia aumentar a probabilidade de violência contra a mulher. Por outro lado, em culturas com maior igualdade de gênero, o aumento da renda da mulher poderia ser visto apenas de forma positiva, podendo, inclusive, fazer com que esse companheiro se sinta aliviado por ter uma parceira para dividir as finanças da família. Tal contexto poderia levar à redução da violência por redução de estresse e conflito familiar, sem que o parceiro se sinta ameaçado por uma maior autonomia financeira da mulher (GIBBS; JACOBSON; WILSON, 2017; VYAS; WATTS, 2009).

A importância do contexto na relação entre renda da mulher e VPI também é explorada em um estudo publicado em 2015 por Heise e Kotsadam. Trata-se de um estudo transversal que teve como objetivo identificar fatores de risco ecológicos e individuais para a VPI. Os autores observaram que trabalhar é um fator de proteção para VPI em países com elevada proporção de mulheres economicamente ativas. No entanto, em países onde a proporção de mulheres com ocupação remunerada é pequena, trabalhar pode ser um fator de risco para a VPI (HEISE; KOTSADAM, 2015).

A heterogeneidade dos efeitos dos PTR na ocorrência de VPI em diferentes populações de estudo, seja em função das características individuais das amostras estudadas ou em função das características contextuais, explica a dificuldade de encontrar resultados consistentes que permitam uma síntese clara da literatura. A mais recente revisão sistemática sobre o assunto é um exemplo desse desafio. Os autores concluíram que, de modo geral, os PTR diminuem ou não têm efeito na violência física e psicológica. Porém, alertam para o fato de que alguns artigos investigando modificação de efeito haviam encontrado aumento da violência em alguns subgrupos específicos (artigo 1 da tese).

Além de aumentar o consumo alimentar e reduzir déficits nutricionais, o PBF tem se mostrado eficaz na diminuição da pobreza (NETO; AZZONI, 2013), da evasão escolar (OLIVEIRA; SOARES, 2013), da taxa de fecundidade (ALVES; CAVENAGHI, 2013), da mortalidade infantil (RASELLA, 2013), da insegurança alimentar (CABRAL et al., 2014; PAES-SOUSA; SANTOS; MIAZAKI, 2011) e de certas doenças infectocontagiosas (NERY et al., 2014; NERY et al., 2017). O sucesso do programa com relação a todos esses agravos fortalece a sua importância como política pública voltada à redução da desigualdade em nosso país. Entretanto, é preciso que se avalie com mais frequência as repercussões indiretas do programa nas famílias beneficiárias. Como a redução da VPI não é objetivo central do PBF, estudos sobre o tema ainda são escassos no Brasil.

No melhor do conhecimento dos autores, esta é a primeira pesquisa epidemiológica com dados primários com esse objetivo a ser realizada em nosso país. Ainda que sejam preliminares, merecendo corroboração em estudos futuros realizados em outros cenários de pesquisa, os resultados encontrados sugerem a necessidade de se incorporar algum tipo de apoio às famílias beneficiárias visando à prevenção de novos casos ou intensificação de situações de VPI já existentes. Dentre as várias possibilidades de atuação, seriam relevantes ações complementares discutindo as questões de gênero e a dinâmica familiar desenvolvidas nos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), locais de cadastro e responsáveis pelo acompanhamento das famílias durante sua inserção no programa. Proposta semelhante foi aplicada em um PM na África do Sul, sendo bem sucedida em relação à redução da VPI (KIM et al., 2009).

Os resultados do estudo devem ser interpretados à luz de suas limitações. Primeiro, destaca-se a impossibilidade de resgatar o tempo de participação das mulheres no PBF, assim como o valor mensal recebido. Teria sido importante a incorporação dessas informações nas análises, já que o tempo de inclusão no programa e o montante recebido podem influenciar o risco de ocorrência de VPI (ANGELUCCI, 2008; BOBONIS et al., 2013). A segunda limitação da pesquisa é seu desenho transversal. O modelo teórico proposto inicialmente tem algumas carências em relação à temporalidade dos eventos, já que todas as informações de interesse foram coletadas em um único momento. Assim, não se pode excluir inteiramente a possibilidade de causalidade reversa em algumas relações, por exemplo, presença de criança/adolescente no domicílio e VPI, bem como grau de interação social e VPI. A terceira limitação é a ocorrência de um possível viés de sobrevivência seletiva na amostra. É possível que mulheres que fazem parte do PBF por mais tempo tenham se divorciado do parceiro em função da maior estabilidade financeira concebida pelo programa. Assim, o relato de violência nos últimos 12 meses excluiu essa população. Em relação à estratégia de análise de dados, ainda que a técnica de análise de caminhos seja um avanço com relação aos modelos tradicionais, o método não permite que se considerem os erros de medida em suas estimativas. Seria importante que estudos futuros incorporassem essa questão, por meio da utilização de Modelos de Equação Estrutural (SEM) plenos. Isso não foi possível neste estudo em função do reduzido tamanho amostral de um dos estratos de renda.

Alguns pontos fortes também merecem ser ressaltados. A utilização de questionário validado para mensuração da VPI reduziu a possibilidade de subestimação do problema e do viés de má classificação. Em alternativa à equação estrutural, foi realizada análise de caminhos por multigrupo. Como apontado acima, a opção por esse método conferiu algumas

vantagens em relação a uma modelagem tradicional em Epidemiologia. A primeira é a possibilidade de explorar cada caminho causal através de um modelo de regressão diferente. Além disso, em análises de caminhos, é possível considerar múltiplas variáveis dependentes e independentes. Essas características foram fundamentais nas análises realizadas, visto que a violência física e a psicológica atuaram, ambas, como desfecho. Também é importante ressaltar que a análise de caminhos permite mensurar os efeitos diretos e indiretos de uma variável em relação à outra. Essa perspectiva foi fundamental para avaliar o efeito do PBF na violência física, considerando que o efeito encontrado foi somente o indireto (passando pela violência psicológica). Em uma modelagem tradicional, essa associação não teria sido explorada. Ainda, a análise via multigrupo permitiu modelar simultaneamente os dois extratos de renda, conferindo eficiência estatística à análise.

Conclusão

Nesta pesquisa, observou-se que a posição econômica (operacionalizada através da renda *per capita*) tem um importante papel na relação entre a renda do PBF e VPI, fazendo com que o incremento de renda não tenha efeito nas violências em famílias muito pobres, mas aumente o risco em famílias em situação econômica um pouco melhor (ainda que desfavorecidas em uma perspectiva mais ampla). Outras pesquisas com essa temática merecem ser realizadas nos diversos cenários brasileiros. Aprofundar a compreensão da relação entre ser beneficiária do PBF e a VPI certamente ajudará a melhorar ações de prevenção à VPI entre as mulheres que fazem parte do programa.

Referências

- Aísa, Martina García. (2014). *Conditional Cash Transfers and Intimate Partner Violence among Mexican Couples : the Impact of Oportunidades on Psychological Abuse Prevalence June 2014 Supervisor*. (Master in Economic Development and Growth).
- Alves, José Eustáquio Diniz, & Cavenaghi, Suzana. (2013). O Programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: IPEA.
- Angelucci, Manuela. (2008). Love on the Rocks: Domestic Violence and Alcohol Abuse in Rural Mexico. *Journal of Economic Analysis & Policy*, 8, 43. doi: 10.2202/1935-1682.1766
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, ABEP. (2008). *Critério de classificação econômica Brasil*. Retrieved from file:///C:/Users/Tatiana/Downloads/07_cceb_2008_em_vigor_em_2008_base_lse_2005.pdf.
- Bentler PM, & KH., Yuan. (1999). Structural Equation Modeling with Small Samples: Test Statistics. *Multivariate behav Res*, 34(2), 181-197.
- Bloch F, Rao V. Terror as a bargaining instrument: a case study of dowry violence in rural India. *The American Economic Review* 2002; 92:1029-1043.
- Bobonis, Gustavo J., Castro, Roberto, & Morales, Juan S. (2013). Conditional Cash Transfers for Women and Spousal Violence: Evidence of the Long-Term Relationship from the Oportunidades Program in Rural Mexico. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(5), 179-205.
- Brody C, Hoop Td, Vojtkova M, Warnock R, Dunbar M, & P., Murthy. (2015). Economic Self-Help Group Programs for Improving Women's Empowerment: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 19.
- Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second ed. New York: The Guilford Press; 2015.
- Cabral, C. S., Lopes, A. G., Lopes, J. M., & Vianna, R. P. (2014). Food security, income, and the Bolsa Familia program: a cohort study of municipalities in Paraíba State, Brazil, 2005-2011. *Cad Saude Publica*, 30(2), 393-402. doi: 10.1590/0102-311X00140112
- Campello, T., & Neri, M.C. (2013). *Programa Bolsa Família : uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea.
- Carloto, Cassia Maria. (2012). Condicionais nos Programas de Transferência de Renda e autonomia das mulheres. *Sociedade em debate*, 18(2), 124 - 130.
- Carloto, Cássia Maria., & Mariano, Silvana Aparecida. (2012). Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no Programa Bolsa Família. *textos & contextos*, 11(2), 258-272.
- Chor D, Griep RH, Lopes CS, & E., Faerstein. (2001). Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saude Publica*, 17, 887-896.
- Costa, D. C., Ribeiro, M. R., Batista, R. F., Valente, C. M., Ribeiro, J. V., Almeida, L. A., . . . Silva, A. A. (2017). Factors associated with physical violence against pregnant women from Sao Luis, Maranhao State, Brazil: an approach using structural equation modeling. *Cad Saude Publica*, 33(1), e00078515. doi: 10.1590/0102-311X00078515
- Costa-Neto C. Vila Rosário: o resgate de uma sociedade pela ciência, pela tecnologia, pelo trabalho e pela compreensão. Rio de Janeiro: Cálamo Produção Editorial, 2002, p 476.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., . . . Watts, C. H. (2013). Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. doi: 10.1126/science.1240937

- Fábio Veras Soares, Rafael Perez Ribas, & Osório, Rafael Guerreiro. (2010). Evaluating the Impact of Brazil's Bolsa Família: Cash Transfer Programs in Comparative Perspective. *Latin American Research Review*, 45(2), 173-190.
- Farmer A, Tiefenthaler J. An economic analysis of domestic violence. . *Review of Social Economy* 1997; 55:337-358.
- Finney S, Distefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. 2 ed. *Structural Equation Modeling: A Second Course* Charlotte: Information Age Publishing; 2013.
- Gibbs, Andrew, Jacobson, Jessica, & Wilson, Alice Kerr. (2017). A global comprehensive review of economic interventions to prevent intimate partner violence and HIV risk behaviours. *Global Health Action*, 10.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study. *Cad Saude Publica* 2005; 21:703-14.
- Heise, LL, & Kotsadam, A. . (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*, 3, 332 - 340.
- Helen v. Tauchen, Ann Dryden Witte, & Longi., Sharon k. (1991). Domestic violence: A nonrandom affair. *International Economic Review*, 32(22), 491 - 511.
- Hidrobo, Melissa, & Fernald, Lia. (2013). Cash transfers and domestic violence. *J Health Econ*, 32(1), 304-319. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.11.002
- Hidrobo, Melissa, Peterman, Amber, & Heise, Lori. (2014). The effect of cash, vouchers and food transfers on intimate partner violence: Evidence from a randomized experiment in Northern Ecuador.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Retrieved from <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE/cidades. Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/panorama>.
- Kim, J. C., Askew, I., Muvhango, L., Dwane, N., Abramsky, T., Jan, S., . . . Watts, C. (2009). Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. *BMJ*, 338, b515. doi: 10.1136/bmj.b515
- Kline, Rex B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*.
- Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, & DP., Gigante. (2017). Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev saúde pública*, 10(33), 1-12.
- Maresi, Viviane dos Anjos. (2017). *A relação entre a titularidade do Programa Bolsa Família e as práticas alimentares de famílias beneficiárias residentes no município de duque de caxias - RJ*. (master), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 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(3), 215-218.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 131(10), 1121-1123. doi: 10.1176/ajp.131.10.1121
- Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, MDF. (2006). *O Programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero*. Brasília.
- Ministério do Desenvolvimento Social e do combate à fome, MDS. (2015). Bolsa família. Retrieved 27 de março 2015, from <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

- 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(1), 163-176.
- Moraes, C. L., Marques, E. S., Reichenheim, M. E., Ferreira, M. F., & Salles-Costa, R. (2016). Intimate partner violence, common mental disorders and household food insecurity: an analysis using path analysis. *Public Health Nutr*, 19(16), 2965-2974. doi: 10.1017/S1368980016001178
- 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(3), 783-796.
- 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(2), 165-173.
- Muthén LK, Muthén BO (1998-2015) Mplus user's guide, 7th edn. Muthén & Muthén, Los Angeles, CA
- Nery, J. S., Pereira, S. M., Rasella, D., Penna, M. L., Aquino, R., Rodrigues, L. C., . . . Penna, G. O. (2014). Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. *PLoS Negl Trop Dis*, 8(11), e3357. doi: 10.1371/journal.pntd.0003357
- Nery, J. S., Rodrigues, L. C., Rasella, D., Aquino, R., Barreira, D., Torrens, A. W., Pereira, S. M. (2017). Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*, 21(7), 790-796. doi: 10.5588/ijtld.16.0599
- Neto, Raul da Mota Silveira, & Azzoni, Carlos Roberto. (2013). Os programas sociais e a recente queda da desigualdade regional de renda no Brasil *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: IPEA.
- Oliveira, Luís Felipe Batista de, & Soares, Sergei S. D. (2013). Bolsa família e repetência: Resultados a partir do cadúnico, projeto frequência e censo escolar *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: IPEA.
- Paes-Sousa, R., Santos, L. M., & Miazaki, E. S. (2011). Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ*, 89(7), 496-503. doi: 10.2471/BLT.10.084202
- Perova, Elizaveta. (2010). *Buying out of abuse - how changes in women's income affect domestic violence*. (PhD), University of California, California.
- Rasella, D. (2013). [Impact of the Water for All Program (PAT) on childhood morbidity and mortality from diarrhea in the Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, 29(1), 40-50.
- 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(2), 425-437. doi: /S0102-311X2006000200020
- Rivera, Leonor, Hernández, Bernardo, & Castro, Roberto. (2006). Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema e incorporación al programa de desarrollo humano Oportunidades. El colegio de México.
- Sherbourne CD, & AL., Stewart. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 705-714.
- StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, & DB., Sugarman. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 17, 283-316.

- Tauchen HV, Witte AD, Long SK. Domestic violence: a nonrandom affair. *International Economic Review* 1991; 32:491 - 511.
- Tolman, Richard M., & Rosen, Daniel. (2001). Domestic violence in the lives of woman receiving welfare. *Violence Against Women*, 7(2), 141-158.
- Vyas, Seema, & Watts, Charlotte. (2009). How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in lowand middle income countries? A systematic review of published evidence *Journal of International Development*, 21, 577 - 602.
- Wang, Jichuan, & Wang, Xiaoqian. (2012). *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. United Kingdom: Higher Education Press.
- WHO. (2015). Millennium Development Goals Retrieved 8/02/2015, 2015, from http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/
- WHO. (2017). Understanding and addressing violence against women *Intimate Partner violence*. Genebra: World Health Organization.

CONCLUSÕES

Como apresentado nas seções iniciais e discutido ao longo da tese, nos últimos anos, as pesquisas relacionadas à VPI têm se voltado a estudar intervenções que permitam reduzir e proteger a mulher contra a violência no âmbito doméstico. Nesse campo de pesquisa, o impacto de formas distintas de intervenções tem sido explorado por pesquisadores ao redor do mundo. O foco desta tese foram os PM e os PTR. Como apontado anteriormente, nosso objetivo geral foi avaliar as relações entre estes e a VPI.

Ambos os programas são voltados para redução do ciclo da pobreza, não tendo a diminuição/prevenção da VPI como objetivo a ser atingido. No entanto, algumas consequências interessantes desses programas, tais como o relato de empoderamento econômico feminino e a diminuição da dependência econômica, vêm sendo percebidas por alguns autores como elementos fundamentais na diminuição da VPI entre as mulheres participantes - hipótese central desta tese.

Tentamos investigar essa hipótese através de duas estratégias. Partimos inicialmente para uma revisão sistemática da literatura, visando sintetizar achados de pesquisas que tivessem explorado a questão nas diferentes culturas e regiões do mundo. Na sequência, em função da heterogeneidade dos resultados e de certas limitações dos estudos anteriores, exploramos essa hipótese com dados originais de um inquérito de base populacional realizado no município de Duque de Caxias. Os resultados de ambas as empreitadas se encontram nos artigos 1 e 2 apresentados na seção de resultados.

Como visto, o primeiro artigo consistiu em uma revisão sistemática que explorou a associação de PM e PTR com a VPI física, psicológica e sexual. Como resultado principal, foi observado que esses programas não tem um efeito único na ocorrência de VPI física, física e/ou sexual combinadas e psicológica (resultado referente somente à PTR), pois são heterogêneos de acordo com os diferentes cenários estudados. Como já apontado, observou-se que a inserção no programa tanto pode reduzir como não ter efeito, ou mesmo aumentar o risco de violência, a depender do contexto social. Os resultados referentes à violência física e à combinação da violência física e sexual são representativos de Bangladesh, porém não podem ser generalizados para o resto do mundo.

Apenas dois artigos investigaram a relação entre violência psicológica e microcrédito. Devido ao número limitado de publicações, nenhuma conclusão pode ser indicada. Já ao se

considerar a VPI sexual (exclusivamente), PM e PTR não mostraram impacto sobre essa forma de violência.

No segundo artigo, o programa brasileiro de transferência de renda foi colocado em evidência ao se investigarem as relações entre ser beneficiária do PBF e a violência psicológica e física contra a mulher. Como indicado no segundo artigo da tese, apenas em famílias com renda *per capita* acima da linha de pobreza o PBF aumentou diretamente a probabilidade de violência psicológica e, indiretamente, a de violência física, em razão do aumento daquela. Dessa forma, os resultados do estudo realizado em Duque de Caxias/RJ vão na mesma direção da revisão sistemática realizada sobre os demais PTR de outras partes do mundo, ao apontar que, em nosso contexto, os efeitos dos programas podem não ser idênticos em subgrupos populacionais.

Como apontado nas seções de discussão dos artigos, ambos os estudos realizados possuem algumas limitações. No primeiro, a grande maioria das pesquisas reportadas pelos artigos selecionados eram observacionais, não sendo possível garantir a homogeneidade dos grupos de referência, considerando os fatores de confusão conhecidos ou não. Além disso, particularidades regionais não puderam ser consideradas nas análises, assim como o papel das características, como escolaridade do companheiro, número de crianças no domicílio, valor do benefício referente a microcrédito e transferência de renda, período de intervenção, intervenções secundárias ou condicionalidades, renda familiar, entre outros, como possíveis modificadores do efeito dos programas.

No segundo estudo (Bolsa Família), destaca-se como limitação a impossibilidade de resgatar com precisão o tempo de participação das mulheres no programa, assim como o valor mensal recebido. Essas características seriam importantes, considerando que o tempo de inclusão no programa e o montante recebido parecem ter relação com o risco de ocorrência e manutenção da VPI. O fato desse desenho de estudo ter sido transversal também foi uma limitação a ser lidada em estudos futuros. O modelo teórico proposto inicialmente tem algumas deficiências em relação à temporalidade dos eventos, fazendo com que a possibilidade de causalidade reversa em certas associações não possa ser descartada. Além disso, não foi eliminada a possibilidade de um viés de sobrevivência seletiva. Algumas mulheres, ao receberem o benefício do programa, podem ter-se divorciado de parceiros violentos tornando-se inelegíveis ao preenchimento do instrumento de violência nos últimos 12 meses.

Visando contribuir para o crescimento do campo e subsidiar o planejamento de investigações futuras sobre o tema, vale à pena apontar algumas lacunas observadas na literatura ao longo de todo o período de desenvolvimento da tese. Dentre estas, vale destacar:

o reduzido número de ensaios clínicos randomizados entre as pesquisas que avaliaram os efeitos dos PM e PTR na ocorrência de VPI; a escassez de estudos sobre as relações entre violência psicológica e microcrédito; o grande número de estudos que combinam a vitimização física e sexual em uma mesma variável, impedindo a compreensão dos efeitos específicos dos programas de empoderamento econômico em cada uma das violências; e o baixo número de estudos abordando a possibilidade de modificação de efeito por variáveis socioeconômicas já apontadas em diversos estudos anteriores. Para o avanço do campo, é fundamental que essas limitações sejam superadas em estudos futuros.

Em relação especificamente ao PBF, não há, até o presente momento, outros estudos epidemiológicos explorando as associações entre o programa e a VPI nos diversos contextos nacionais. Outras pesquisas na área seriam importantes para entender melhor o que se passa no que diz respeito às relações de poder e aos conflitos entre o casal em famílias beneficiárias do programa.

A tese cumpriu o objetivo proposto de tentar entender melhor a relação entre PM/PTR e a VPI. Para finalizar, seria interessante que fossem realizados novos estudos, sem as limitações apontadas acima, para que tenhamos uma ideia melhor das relações entre os programas estudados e as diversas formas de VPI.

REFERÊNCIAS

- Abbaszadeh A, Kermani F, Safizadeh H, Nakhee N. Violence during pregnancy and postpartum depression. *Pak J Med Sci* 2011; Q 27:177-181.
- Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11:109.
- Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health* 2006; 96:1423-8.
- Ahmed SM. Intimate partner violence against women: Experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2005; 23:95-101.
- Aísa MG. Conditional Cash Transfers and Intimate Partner Violence among Mexican Couples: the Impact of Oportunidades on Psychological Abuse Prevalence [2014].
- Alberani V, Pietrangeli PDC, Mazza A. The use of grey literature in health sciences: a preliminary survey. . *Bulletin of the Medical Library Association* 1990; 78:358-363.
- Angelucci M. Love on the Rocks: Domestic Violence and Alcohol Abuse in Rural Mexico. *Journal of Economic Analysis & Policy* 2008; 8:43.
- Armendáriz B, Morduch J. *The Economics of Microfinance* The Economics of Microfinance Cambridge: MIT Press, 2007.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa A. Critério de classificação econômica Brasil, 2008.
- Bank W. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington, D.C. , 2011.
- Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T et al. *Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features* London: Overseas Development Institute, 2016.
- Bateman M. *Why Doesn't Microfinance Work?: The Destructive Rise of Local Neoliberalism*. London: Zed Book, 2010.
- Bentler PM, Yuan KH. Structural Equation Modeling with Small Samples: Test Statistics. *Multivariate behav Res* 1999; 34:181-97.

- Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012; 75:959-75.
- Bloch F, Rao V. Terror as a bargaining instrument: a case study of dowry violence in rural India. *The American Economic Review* 2002; 92:1029-1043.
- Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Carrell D, Fishman PA, Rivara FP et al. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist* 2007; 47:34-41.
- Bourey C, Williams W, Bernstein EE, Stephenson R. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health* 2015; 15.
- Brasil RFd. Criação do Programa Bolsa Família e outras providências. LEI No 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Brasil: República Federativa do Brasil, 2004.
- Breiding M, Basile K, Smith S, Black M, Mahendra R. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0. In: Control NCfIPa, ed Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 2015.
- Brody C, Hoop Td, Vojtkova M, Warnock R, Dunbar M, Murthy P et al. Economic Self-Help Group Programs for Improving Women's Empowerment: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 2015; 19.
- Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second ed. New York: The Guilford Press; 2015.
- Butchart A, Brown DS. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Sci Int* 1991; 52:35-51.
- Campello T, Neri MC. Programa Bolsa Família : uma década de inclusão e cidadania Brasília: IPEA, 2013.
- Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* 2012; 3:231-280.
- Cerulli C, Talbot NL, Tang W, Chaudron LH. Co-occurring intimate partner violence and mental health diagnoses in perinatal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20:1797-803.
- Chilton M, Booth S. Hunger of the body and hunger of the mind: African American women's perceptions of food insecurity, health and violence. *J Nutr Educ Behav* 2007; 39:116-25.

- Chor D, Griep RH, Lopes CS, E. F. Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saude Publica* 2001; 17:887-96.
- CONEP CNdS. Normas para pesquisas envolvendo seres humano Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa 2000.
- Costa DC, Ribeiro MR, Batista RF, Valente CM, Ribeiro JV, Almeida LA et al. Factors associated with physical violence against pregnant women from Sao Luis, Maranhao State, Brazil: an approach using structural equation modeling. *Cad Saude Publica* 2017; 33:e00078515.
- Costa RSd, Sandre-Pereira G, Burlandy L, Magalhães R, Mattos RAd. Pobreza Extrema, Insegurança Alimentar e Políticas Públicas: Estudo Longitudinal de Famílias Atendidas pelo Programa Bolsa Família no Município de Duque de Caxias., 2015
- Costa-Neto C. Vila Rosário: o resgate de uma sociedade pela ciência, pela tecnologia, pelo trabalho e pela compreensão. Rio de Janeiro: Cálamo Produção Editorial, 2002, p 476.
- Crowell N, Burgess A. Understanding violence against women Washington, DC: National Academy Press, 1996.
- CSPPro. Census and survey processing system - CSPPro Census Bureau Washington, USA: International Programs Center, U.S, 2005.
- Dalal K, Dahlström O, Timpka T. Interactions between microfinance programmes and non-economic empowerment of women associated with intimate partner violence in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2013; 3.
- Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. French Club of Digestive Motility. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9:345-52.
- Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013a; 10:e1001439.
- Devries KM, Mak JY, Garcia-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science* 2013b; 340:1527-8.
- Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Glob Health* 2015; 3:e34-43.

- Dutt A, Grabe S, Castro M. Exploring Links between Women's Business Ownership and Empowerment among Maasai Women in Tanzania. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2015; 0:1-24.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health* 1999; 89:241-4.
- Ernst AA, Weiss SJ, Hall J, Clark R, Coffman B, Goldstein L et al. Adult intimate partner violence perpetrators are significantly more likely to have witnessed intimate partner violence as a child than nonperpetrators. *Am J Emerg Med* 2009; 27:641-50.
- Eswaran M, Malhotra N. Domestic violence and women's autonomy in developing countries: theory and evidence. *Canadian Journal of Economics* 2011; 44:1222-1263.
- Fábio Veras Soares, Rafael Perez Ribas, Osório RG. Evaluating the Impact of Brazil's Bolsa Família: Cash Transfer Programs in Comparative Perspective. *Latin American Research Review* 2010; 45:173-190.
- Farmer A, Tiefenthaler J. An economic analysis of domestic violence. . *Review of Social Economy* 1997; 55:337-358.
- Finney S, Distefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. 2 ed. *Structural Equation Modeling: A Second Course* Charlotte: Information Age Publishing; 2013.
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90:139G-149G.
- Forde I, Rasanathan K, Krech R. Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement. In: *Practice*) SDoHDP, ed Geneva: WHO, 2011.
- Gibbs A, Jacobson J, Kerr Wilson A. A global comprehensive review of economic interventions to prevent intimate partner violence and HIV risk behaviours. *Glob Health Action* 2017; 10:1290427.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study. *Cad Saude Publica* 2005; 21:703-14.
- Hadi A. Women's productive role and marital violence in Bangladesh. *Journal of Family Violence* 2005; 20:181-189.
- Haldane JB. On a method of estimating frequencies. *Biometrika* 1945; 33:222-5.

- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2014; 11:e1001581.
- Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 124:6-11.
- Heise. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women* 1998; 4:262-90.
- Heise, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, 1999
- Heise, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden Washington, DC: World Bank, 1994
- Hernandez DC, Marshall A, Mineo C. Maternal depression mediates the association between intimate partner violence and food insecurity. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23:29-37.
- Hidrobo M, Fernald L. Cash transfers and domestic violence. *J Health Econ* 2013; 32:304-19.
- Higgins JPT, S. G. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011], 2011.
- Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013; 37:520-30.
- Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797-810.
- IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas Brasília: Ministério do desenvolvimento social e de combate a fome, 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. In: sociais Cdpei, ed Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE/cidades. Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/panorama>.
- Institute JB. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition The University of Adelaide: Joanna Briggs Institute 2014.

- Jackson NA. Encyclopedia of Domestic Violence. New York: Taylor & Francis Group, 2007.
- Jasinski J, Williams L. Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research. London: London SAGE Publications, 1998.
- Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55:1603-17.
- Karim KMR, Law CK. Microcredit and Marital Violence: Moderating Effects of Husbands' Gender Ideology. *Journal of Family Violence* 2016; 31:227-238.
- Kim J, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA et al. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *Am J Public Health* 2007; 97:1794-1802.
- Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling, 2016.
- Koss M. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community Washington, DC: American Psychological Association, 1994.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health Geneva: World Health Organization, 2002.
- Kundu H, P B, Singla A, Kote S, Singh S, Jain S et al. Domestic violence and its effect on oral health behaviour and oral health status. *J Clin Diagn Res* 2014; 8:ZC09-12.
- Leatherman S, Dunford C. Linking health to microfinance to reduce poverty. WHO. Disponível: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-071464/en/> [Último acesso: 05/05/2016, 2009].
- Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, DP. G. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2017; 10:1-12.
- Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women* 2013; 19:187-201.
- Lindert K, Linder A, Hobbs J, Brière B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. In: protection S, ed: The World Bank, 2007.
- Lobato G, Brunner MA, Dias MA, Moraes CL, Reichenheim ME. Higher rates of postpartum depression among women lacking care after childbirth: clinical and epidemiological importance of missed postnatal visits. *Arch Womens Ment Health* 2012; 15:145-6.

- MacMillan HL, Wathen CN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014; 23:295-308, viii-ix.
- Maresi VdA. A relação entre a titularidade do Programa Bolsa Família e as práticas alimentares de famílias beneficiárias residentes no Município de Duque de Caxias-RJ. Rio de Janeiro [Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017].
- Mas-Colell A, Whinston MD, Green JR. *Microeconomic theory*. New York:: Oxford University Press, 1995.
- Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.
- Mathias AK, Bedone AJ, Osis MJ, Fernandes AM. [Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in Sao Paulo State]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35:185-91.
- Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10:e0118234.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-3.
- McCall-Hosenfeld JS, Winter M, Heeren T, Liebschutz JM. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *J Psychosom Res* 2014; 77:196-204.
- Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome M. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. In: Social SNdA, ed Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.
- Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome M. O Programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero. In: AGENDE – Ações em Gênero CeDeNdEePsaMdUdB, ed Brasília: Universidade de Brasília, UNB, 2006.
- Ministério do Desenvolvimento Social e do combate à fome M. Bolsa família. Disponível: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> [Último acesso: 27 de março 2015], 2015.
- Ministério do desenvolvimento Social e do combate à fome M. Bolsa família valor. Disponível: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx> [Último acesso, 2018].
- Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saude Publica* 2010; 44:667-76.

- Moraes CL, de Oliveira AS, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr* 2011; 14:2148-55.
- Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples]. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-76.
- Moraes CL, Marques ES, Reichenheim ME, Ferreira MF, Salles-Costa R. Intimate partner violence, common mental disorders and household food insecurity: an analysis using path analysis. *Public Health Nutr* 2016; 19:2965-2974.
- Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:1041-8.
- Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002a; 18:783-96.
- Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002b; 79:269-77.
- Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66:165-73.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus User's Guide*. (Sixth Edition ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 1998-2013
- Okuda M, Olfson M, Wang S, Rubio JM, Xu Y, Blanco C. Correlates of Intimate Partner Violence Perpetration: Results From a National Epidemiologic Survey. *J Trauma Stress* 2015.
- Oliveira AG, Reichenheim ME, Moraes CL, Howard LM, Lobato G. Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20:297-309.
- Organização das Nações Unidas O. Declaration on the Elimination of Violence against Women Nova York: Organização das Nações Unidas, 1993.
- Organização das Nações Unidas O. The Millennium Development Goals Report 2015. Nova York, 2015
- Orton L, Pennington A, Nayak S, Sowden A, White M, Whitehead M. Group-based microfinance for collective empowerment: a systematic review of health impacts. *Bull World Health Organ* 2016; 94:694-704.

- Osorio RG, Soares SSD. O Brasil sem miséria e as mudanças no desenho do Bolsa Família. O Brasil sem miséria. Brasília: MDS, 2014.
- Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120:3-9.
- Peters EN, Khondkaryan E, Sullivan TP. Associations Between Expectancies of Alcohol and Drug Use, Severity of Partner Violence, and Posttraumatic Stress Among Women. *J Interpers Violence* 2012.
- Pool MS, Otupiri E, Owusu-Dabo E, de Jonge A, Agyemang C. Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:71.
- Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006; 368:1973-1983.
- Quelopana AM. Violence against women and postpartum depression: the experience of Chilean women. *Women Health* 2012; 52:437-53.
- Rêgo WDL, Pinzani A. Liberdade, dinheiro e autonomia: o caso do Programa Bolsa Família. Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013.
- Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377:1962-75.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana Jde A et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22:425-37.
- Reichenheim ME, Patricio TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. *Public Health* 2008; 122:716-24.
- Roberts AL, McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC. Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2011; 40:128-38.
- Rothman KJ. *Epidemiology: an introduction*. New York: Oxford, 2012.
- Sabri B, Sanchez MV, Campbell JC. Motives and Characteristics of Domestic Violence Homicides and Suicides Among Women in India. *Health Care Women Int* 2014;1-16.

- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB et al. [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil]. *Rev Saude Publica* 2007; 41:797-807.
- Schuler SR. Credit programs , patriarchy and men's violence against women in rural bangladesh. 1996; 43:1729-1742.
- Sherbourne CD, AL. S. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991:705-14.
- Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. [Intimate partner physical violence: an obstacle to initiation of childcare in primary healthcare units in Rio de Janeiro, Brazil?]. *Cad Saude Publica* 2012; 28:1359-70.
- Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW, Madden K et al. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet* 2013; 382:866-76.
- StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC
- Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382:859-65.
- Stockl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence* 2014.
- Stockl H, Watts C, Penhale B. Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors. *J Interpers Violence* 2012; 27:2545-64.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, DB. S. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996; 17:283-316.
- Symes L, Maddoux J, McFarlane J, Nava A, Gilroy H. Physical and sexual intimate partner violence, women's health and children's behavioural functioning: entry analysis of a seven-year prospective study. *J Clin Nurs* 2014; 23:2909-18.
- Tauchen HV, Witte AD, Long SK. Domestic violence: a nonrandom affair. *International Economic Review* 1991; 32:491 - 511.
- Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence against Women Survey. In: National Institute of Justice OoJP, ed Washington, DC: Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention,, 2000.

- Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7:e51740.
- United Nations Development Programme U. A new sustainable development agenda. United Nations Development Programme. Disponível: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview.html> [Último acesso: 04/05/2016, 2016], 2016.
- Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2002; 100:700-5.
- Vyas S, Jansen HAFM, Heise L, Mbwapbo J. Exploring the association between women's access to economic resources and intimate partner violence in Dar es Salaam and Mbeya, Tanzania. *Social Science and Medicine* 2015; 146:307-315.
- Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence *Journal of International Development* 2009; 21:577 - 602.
- Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1502-6.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59:572-7.
- Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. United Kingdom: Higher Education Press, 2012.
- WHO. Violence against women: a priority health issue. In: FRH/WHO, ed Geneva: World Health Organization, 2011
- WHO. Global and regional estimates of violence against woman: prevalence and health effects of intimate partner violence and non- partner sexual violence Geneva: World Health Organization 2013.
- WHO. Millennium Development Goals Disponível: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/ [Último acesso: 8/02/2015, 2015], 2015.
- WHO. Understanding and addressing violence against woman. Intimate partner violence. Geneva: Pan American Health organization, 2017.
- Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011; 24:223-36.

Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11:71-82.

Yunus M, Moingeon B, Lehmann-Ortega L. Building Social Business Models: Lessons from the Grameen Experience. *Long Range Planning* 2010; 43:308-325.

APÊNDICE - Análises de caminhos no Mplus**TITLE:** análises de caminhos**DATA:** FILE=SANDUC_807_análises finais_2.dat;**!LISTWISE=ON;****VARIABLE:**

NAMES= caseid Cod_UPA peso_am domcria grav_ama cceb mos_em1 mos_mat1
 mos_af1 mos_soc1 mos_inf1 tweak_es tweak_po cage_esc cage_po bol_fam
 idadeg estci_G2 perc2 psi_esc psi_dic vf_esc vf_dic cor cor_G4 cor_G3
 preta parda branca parentes amigos sport reun_mor volunt pretaind bra_as
 corG3 rend_per perc22;

MISSING=.;**CLUSTER=Cod_UPA;****WEIGHT=**peso_am;**!STRATIFICATION** = est_selx ; ! Todos são do estrato 1

USEVARIABLES = Cod_UPA peso_am cceb estci_G2 domcria mos_soc1 cor_G3
 cage_esc bol_fam idadeg psig7 vfscg6 ; !vf_esc ;

GROUPING = perc22 (1=P 2=R) ;**CATEGORICAL** = bol_fam psig7 vfscg6 ;**DEFINE:**

vfscg6=vf_esc; if vf_esc>4 then vfscg6=5 ;

psig7=psi_esc; if psi_esc>5 then psig7=6 ;

ANALYSIS:**ESTIMATOR** = WLSMV ;**TYPE=COMPLEX** ;**PARAMETERIZATION** = THETA ;**MODEL:**

cceb@.00001 ;

cceblat BY cceb@1 ;

cor_G3@.00001 ;

cor3lat BY cor_G3@1 ;

cage_esc@.00001 ;

cagelat BY cage_esc@1 ;

psig7 ON cceblat ;

psig7 ON estci_G2 ;

psig7 ON cagelat ;

psig7 ON domcria ;

psig7 ON mos_soc1 ;

psig7 ON idadeg ;

psig7 ON cor3lat ;

psig7 ON bol_fam ;

vfscg6 ON cagelat ;

vfscg6 ON domcria ;

vfscg6 ON mos_soc1 ;

vfscg6 ON idadeg ;

vfscg6 ON cor3lat ;
 vfscg6 ON psig7 ;
 vfscg6 ON bol_fam ;

bol_fam ON cceblat ;
 bol_fam ON estci_G2 ;
 bol_fam ON cagelat ;
 bol_fam ON idadeg ;
 bol_fam ON domcra ;
 bol_fam ON mos_soc1 ;
 bol_fam ON cor3lat ;

cagelat ON estci_G2 ;
 cagelat ON domcra ;

MODEL P:

bol_fam ON idadeg@0 ;
 bol_fam ON cagelat@0 ;
 bol_fam ON mos_soc1@0 ;
 bol_fam ON cor3lat@0 ;
 psig7 ON domcra@0 ;
 psig7 ON cceblat@0 ;
 psig7 ON idadeg@0 ;
 psig7 ON mos_soc1@0 ;
 psig7 ON estci_G2@0 ;
 psig7 ON bol_fam@0 ;
 psig7 ON cor3lat@0 ;
 vfscg6 ON domcra@0 ;
 vfscg6 ON cagelat@0 ;
 vfscg6 ON idadeg@0 ;
 vfscg6 ON mos_soc1@0 ;
 vfscg6 ON cor3lat@0 ;
 vfscg6 ON bol_fam@0 ;

MODEL R:

bol_fam ON estci_G2@0 ;
 bol_fam ON cagelat@0 ;
 bol_fam ON idadeg@0 ;
 bol_fam ON cor3lat@0 ;
 psig7 ON domcra@0 ;
 psig7 ON estci_G2@0 ;
 psig7 ON idadeg@0 ;
 psig7 ON cceblat@0 ;
 psig7 ON cor3lat@0 ;
 vfscg6 ON idadeg@0 ;
 vfscg6 ON cagelat@0 ;
 vfscg6 ON domcra@0 ;
 vfscg6 ON cceblat@0 ;

```
vfscg6 ON cor3lat@0 ;  
vfscg6 ON estci_G2@0 ;  
vfscg6 ON bol_fam@0 ;
```

MODEL INDIRECT:

```
vfscg6 IND psig7 bol_fam;
```

OUTPUT:

```
SAMPTAT ;  
MOD ;  
CINTERVAL ;
```

ANEXO A – Questionários SANDUC 2010

2. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES DA FAMÍLIA QUE MORAM A MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA

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/ ginasial incompleto/até 4º série do ensino fundamental 2 – Ginasial 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	Chefe	4	Filho (a) não biológico	7	Irmão (ã)
2	Cônjuge	5	Enteado (a)	8	Pai
3	Filho (a) biológico	6	Neto(a)	9	Mãe
				10	Genro
				11	Nora
				12	Outro parente
				13	Agregado(a)

03. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO

Nº de ordem: |__| |__| Nome do morador: _____

01. Nos últimos 6 meses você recebeu algum benefício como... (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1 ☐ Bolsa família
- 2 ☐ BPC (benefício de prestação continuada)
- 3 ☐ Governo
- 4 ☐ Igreja
- 5 ☐ Uma Entidade filantrópica ou ONG
- 6 ☐ Não recebo outro ou nenhum benefício
- 7 ☐ Outro (s). Qual(is)? _____

04. INFORMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA/ESTRESSE FAMILIAR

01. No Rio de Janeiro tem sido registrado um alto índice de roubos, assaltos e assassinatos. Em relação a essas violências, você e sua família:

- 1 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados sempre que saem de casa.
- 2 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados somente quando saem de casa à noite.
- 3 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados mesmo sem sair de casa.
- 4 ☐ Nunca se sentem ameaçados ou amedrontados

02. Nos últimos 12 meses, você ou alguém de sua família foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1 ☐ Sim **2.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
 - 1 ☐ Há menos de 1 mês
 - 2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
 - 3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
- 2 ☐ Não

03. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família foi vítima de alguma agressão física?

- 1 ☐ Sim **3.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
 - 1 ☐ Há menos de 1 mês
 - 2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
 - 3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
- 2 ☐ Não

04. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

- 1 ☐ Sim **4.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
 - 1 ☐ Há menos de 1 mês
 - 2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
 - 3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
- 2 ☐ Não

05. Algum dos seus familiares está sofrendo alguma doença grave?

1 ☐ Sim 1.1. Quem? _____

1.2. Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

06. Algum dos seus familiares morreu nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim 1.1. Quem? _____

1.2. Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

05. SEGURANÇA ALIMENTAR PARA ADULTO RESPONSÁVEL PELA ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA

1. 01. Nos últimos 3 meses, você teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

2. 02. Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

3. 03. Nos últimos 3 meses, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique a pergunta 4 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos (crianças e/ ou adolescentes). Senão, vá para a próxima instrução antes da questão 5.

4. 04. Nos últimos 3 meses, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Se código 2 ou 3 em todas as perguntas anteriores (1, 2, 3, 4), vá para 17. Se código 1 em pelo menos uma dessas questões (1, 2, 3, 4), aplique 5 em diante.

5. 05. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sabe ou recusa

6. 06. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sabe ou recusa

7. 07. Nos últimos 3 meses, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sabe ou recusa

8. 08. Nos últimos 3 meses, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sabe ou recusa

9. 09. A) Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não VÁ PARA 10
 3 ☐ Não sabe ou recusa VÁ PARA 10

B) A quantidade de peso que você perdeu foi: (resposta estimulada)

- 1 ☐ Pequena
 2 ☐ Média
 3 ☐ Muita
 4 ☐ Não sabe ou recusa

10. 10. Nos últimos 3 meses, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique 11 a 16 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos
(Crianças e/ou adolescentes). Senão, vá para 17.

11. 11. Nos últimos 3 meses, você não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

12. 12. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

13. 13. Nos últimos 3 meses, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

14. 14. Nos últimos 3 meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

15. 15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

16. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe ou recusa

17. A) alguma vez, faltou alimentos em sua residência?

- 1 ☐ Sim aplique B
2 ☐ Não vá para 18

B) o que vocês fizeram para se alimentar? (espontânea - marcar até 3 opções)

- 1 ☐ Pediram alimentos emprestados a parentes e amigos

2	☐	Prestaram pequenos serviços a parentes e amigos em troca de alimentos
3	☐	Compram fiado
4	☐	Deixaram de comprar alimentos supérfluos (biscoitos, refrigerantes,...)
5	☐	Deixaram de comprar carnes
6	☐	Deixaram de comprar frutas, verduras e legumes
7	☐	Aproveitaram sobras de alimentos
8	☐	Xeparam em feiras e mercados
9	☐	Recorreram a políticos
10	☐	Outros: _____ (anotar)
18	☐	Nunca ocorreu esta situação

06. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

01. O abastecimento de água dessa residência é feito através de ...						
1	☐	...Rede pública,				
2	☐	Poço ou nascente,				
3	☐	Carro-pipa				
4	☐	Ou outro (s), qual (is)? _____				
02. Na sua casa tem banheiro (ou vaso sanitário)?						
1	☐	Sim, privativo da família				
2	☐	Sim, coletivo, ou seja, de uso comum para mais de uma família				
3	☐	Não				
03. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?						
1	☐	Sim				
2	☐	Não				
3	☐	Não sei dizer se a água é tratada				
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?

08. ANTROPOMETRIA, MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL E FREQUÊNCIA CARDÍACA EM ADOLESCENTES E ADULTOS.

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

6. Pressão arterial:

1ª Max , mmHg 2ª Max , mmHg 3ª Max , mmHg

Min , mmHg Min , mmHg Min , mmHg

7. Frequência cardíaca:

1ª , BPM 2ª , BPM 3ª , BPM

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

6. Pressão arterial:

1ª Max , mmHg 2ª Max , mmHg 3ª Max , mmHg

Min , mmHgMin , mmHgMin , mmHg**7. Frequência cardíaca:**1^a , BPM2^a , BPM3^a , BPM

07. INFORMAÇÕES SOBRE MULHERES COM 19 ANOS OU MAIS

Nº de ordem: Nome da MULHER com 19 anos ou mais:

01. Cor de pele/raça:

02. Segundo opinião do entrevistador: (Não falar a pergunta ou opções de resposta para o entrevistado)

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

03. Na sua opinião, qual a sua cor de pele ou raça?

04. Comparando-se com pessoas da sua idade, você considera o seu estado de saúde como...

- 1 ☐ ...Muito bom,
 2 ☐ Bom,
 3 ☐ Regular,
 4 ☐ ou Ruim?

05. Nos últimos 6 meses o que você usou para perder peso ou “queimar gorduras”?

- 1 ☐ Remédio com supervisão médica
 2 ☐ Remédio sem supervisão médica
 3 ☐ Fórmula com supervisão médica
 4 ☐ Fórmula sem supervisão médica
 5 ☐ Chás
 6 ☐ Nada

06. Você esteve internada nos últimos 12 meses? (SE MULHER, EXCLUIR O PERÍODO DE GRAVIDEZ OU PARTO)

- 1 ☐ Sim 6.1 Quantas vezes? vezes
 6.2 Qual foi o motivo?
 2 ☐ Não

07. Você foi diagnosticada como tendo pressão alta nos últimos 12 meses?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (PULAR PARA 11)

08. Você está tomando remédio atualmente para pressão alta?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não

09. Qual era o seu peso aos 15 anos?

, Kg

10. Quantos quilos você ganhou nos últimos 12 meses?

, Kg

11. Você está tomando algum complexo vitamínico ou mineral?

- 1 ☐ Sim 1.1 Qual (is)?
 2 ☐ Não

12. Você está fazendo alguma dieta especial? (ASSINALAR APENAS UMA OPÇÃO)

- 1 ☐ Sim, para emagrecer
 2 ☐ Sim, para diabetes
 3 ☐ Sim, para pressão alta
 4 ☐ Sim, para colesterol
 5 ☐ Sim, outra. Qual (is)?

6 ☐ Não

13. Na sua opinião, a sua alimentação, em geral, é saudável?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

14. Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA), que não sejam em forma de sucos e refrescos?

1 ☐ Sim (PULAR PARA 17)

2 ☐ Não

15. Qual é o principal motivo de você não comer fruta todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosta muito de frutas

2 ☐ Frutas são difíceis de comprar

3 ☐ Frutas são difíceis de comer

4 ☐ Frutas são caras

5 ☐ Não tenho o costume

6 ☐ Não tenho tempo

7 ☐ Estragam rápido

16. Você come todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA) verduras e legumes que não sejam batata, inhame, aipim e outras raízes?

1 ☐ Sim (PULAR PARA 19)

2 ☐ Não

17. Qual é o principal motivo de você não comer verduras e legumes todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de verduras e legumes

2 ☐ Verduras e legumes são difíceis de comprar

3 ☐ Verduras e legumes são caros

4 ☐ Verduras e legumes são difíceis de preparar

5 ☐ Não tenho o costume

6 ☐ Não tenho tempo

7 ☐ Estragam rápido

18. Você já comeu uma grande quantidade de comida de uma só vez num espaço de tempo de até 2 horas, e sentiu que perdeu o controle, não podendo evitar começar a comer e, depois de começar, não conseguir mais parar de comer?

1 ☐ Nenhuma vez

2 ☐ Menos de uma vez por semana

3 ☐ Uma vez por semana

4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19. Nos últimos 6 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

19.1 Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez

2 ☐ Menos que uma vez por semana

3 ☐ Uma vez por semana

4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.2 Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez

- 2 ☐ Menos que uma vez por semana
- 3 ☐ Uma vez por semana
- 4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.3 Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso

- 1 ☐ Nenhuma vez
- 2 ☐ Menos que uma vez por semana
- 3 ☐ Uma vez por semana
- 4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.4 Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar

- 1 ☐ Nenhuma vez
- 2 ☐ Menos que uma vez por semana
- 3 ☐ Uma vez por semana
- 4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Agora vou perguntar sobre alguns hábitos que as pessoas apresentam.

Sobre o hábito de fumar...

20. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não / Não fumei (PULAR PARA 25)

21. Com que idade você começou a fumar? |__|__| anos

22. Atualmente, você fuma cigarros?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não 22.1 Com que idade parou de fumar? |__|__| anos (PULAR PARA 29)

23. Atualmente, você fuma cigarros diariamente?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (PULAR PARA 29)

24. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? |__|__| cigarros

“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 30)
 5 ☐ É aposentado/pensionista

26.1. Nesse trabalho, você tem carteira assinada? (considerar aqui o trabalho principal)

- 1 ☐ **16. Sim**
 2 ☐ **17. Não**
 3 ☐ **18. Não sabe dizer**

26.2. Nesse trabalho, você recebe... (PODE-SE ASINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1 ☐ Vale compra,
 2 ☐ Ticket refeição,
 3 ☐ Cesta básica?
 4 ☐ Nenhum benefício.

27. Qual é a sua ocupação atualmente?

Codificação posterior

|_|_|

28. Classifique a ocupação do informante tendo em vista que na maior parte do tempo as suas atividades são:

- 1 ☐ Exercidas sentadas, com movimentos leves de braços e tronco ou em pé, com trabalho leve em máquina ou bancada movimentando braços e pernas. Exemplo: médico, advogado, bancário, operador de caixa, motorista, auxiliar de escritório, balconista, professor e vendedor.
 2 ☐ Exercidas sentadas, em máquinas ou bancada com movimentação vigorosa de braços e

pernas, ocupações exercidas de pé, como trabalho moderado em máquina ou bancada e as ocupações exercidas em movimento. Exemplo: carteiro, contínuo, vendedor domiciliar, pintor de parede, eletricista, marceneiro, mecânico de automóveis, faxineiro e caseiro.	
3	☐ Pesadas, com atividades de levantar ou arrastar. Exemplo: servente de pedreiro, lixeiro e estivador.
29. Em geral, quantas horas você trabalha ou faz estágio por semana? __ __ horas	

30. Nas últimas duas semanas, com que frequência você teve dificuldade para dormir ou pegar no sono?

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

31. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? |__|__| horas

32. Nos últimos 3 meses, você fez semanalmente...

Atividades de lazer		1. Sim	Quantas vezes por semana?	Quantos minutos gasta por vez?	2. Não
1	Caminhadas?	☐	_ _	_ _ _	☐
2	Vôlei?	☐	_ _	_ _ _	☐
3	Musculação?	☐	_ _	_ _ _	☐
4	Ginástica?	☐	_ _	_ _ _	☐
5	Hidroginástica?	☐	_ _	_ _ _	☐
6	Bicicleta?	☐	_ _	_ _ _	☐
7	Corrida?	☐	_ _	_ _ _	☐
8	Futebol?	☐	_ _	_ _ _	☐
9	Lutas?	☐	_ _	_ _ _	☐
10	Natação?	☐	_ _	_ _ _	☐
11	Basquete?	☐	_ _	_ _ _	☐
12	Outra atividade? Qual? _____	☐	_ _	_ _ _	☐
Atividades da vida diária					
13	Tomou conta de criança menor de 3 anos?	☐	_ _	_ _ _	☐
14	Passou roupa?	☐	_ _	_ _ _	☐
15	Lavou roupa no tanque?	☐	_ _	_ _ _	☐
16	Fez faxina na sua casa?	☐	_ _	_ _ _	☐
17	Fez limpeza no quintal?	☐	_ _	_ _ _	☐
18	Foi a pé para o trabalho, colégio, etc?	☐	_ _	_ _ _	☐

8					
19	Foi de bicicleta para o trabalho, colégio, etc?	☐	___	___	☐
20	Assiste TV ou vídeo ou videogame/computador?	☐	___	___	☐
21	Outra atividade? Qual? _____	☐	___	___	☐

33. Vou citar algumas refeições e gostaria de saber onde você as realiza com maior frequência

REFEIÇÕES	Usualmente não realiza	Casa	No trabalho, mas leva de casa	No trabalho	Lanchonete, bar, restaurante	Outros
A Café da manhã	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
E Almoço	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
C Lanche da tarde	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
C Jantar	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐

34. As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

34.1 Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

___ parentes

1 ☐ Nenhum

34.2 Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (não inclua nesta resposta esposa (a), companheiro (a) e outros parentes.)

___ amigos

1 ☐ Nenhum

34.3 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 ☐ Sim _____

2 ☐ Não

↓

Se SIM, com que frequência?

1	☐	Mais de uma vez por semana
2	☐	1 vez por semana
3	☐	2 a 3 vezes por mês
4	☐	Algumas vezes no ano
5	☐	Uma vez no ano

34.4 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 ☐ Sim _____

2 ☐ Não

↓

Se SIM, com que frequência?

1	☐	Mais de uma vez por semana
2	☐	1 vez por semana
3	☐	2 a 3 vezes por mês
4	☐	Algumas vezes no ano
5	☐	Uma vez no ano

34.5 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade ou outra?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não



Se SIM, com que frequência?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | ☐ | Mais de uma vez por semana |
| 2 | ☐ | 1 vez por semana |
| 3 | ☐ | 2 a 3 vezes por mês |
| 4 | ☐ | Algumas vezes no ano |
| 5 | ☐ | Uma vez no ano |

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 |

36. Agora nós gostaríamos de saber como você tem passado nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ULTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

36.1 Perdido muito sono por preocupação?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.2 Se sentido constantemente nervoso (a) e tenso (a)?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.3 Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.4 Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.5 Sido capaz de enfrentar seus problemas?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.6 Se sentido capaz de tomar decisões?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.7 Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.8 Se sentido feliz de um modo geral?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.9 Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

36.10 Se sentido triste e deprimido (a)?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ☐ | De jeito nenhum | 2 | ☐ | Não mais que de costume | 3 | ☐ | Um pouco mais que de costume | 4 | ☐ | Muito mais que de costume |
|---|--------------------------|-----------------|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|

47.11 Perdido a confiança em você mesmo?

- 1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

36.12 Se achado uma pessoa sem valor?

- 1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

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

38. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- 1 ☐ Adventista
2 ☐ Assembleia de Deus
3 ☐ Batista
4 ☐ Budista
5 ☐ Candomblé
6 ☐ Casa da Benção
7 ☐ Católica
8 ☐ Congregação Cristã do Brasil
9 ☐ Espírita Kardecista
10 ☐ Evangelho Quadrangular
11 ☐ Judaica
12 ☐ Luterana
13 ☐ Messiânica
14 ☐ Metodista
15 ☐ Presbiteriana
16 ☐ Testemunha de Jeová
17 ☐ Umbanda
18 ☐ Universal do Reino de Deus
19 ☐ Outro (especifique): _____
20 ☐ Não tenho religião

09. INFORMAÇÕES SOBRE ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES ENTRE 19 E 60ANOS

Nº de ordem: |__|__| Nome da MULHER com 19 anos ou mais: _____

01. Você está amamentando?

- 1 ☐ Sim (PULAR PARA O MÓDULO 10)
2 ☐ Não

02. Está grávida atualmente?

1	☐ Sim (PULAR PARA O MÓDULO 10)
2	☐ Não
03. Com que idade você teve a sua 1ª menstruação? _ _ anos	
04. Você esteve grávida alguma vez?	
1	☐ Sim
2	☐ Não (PULAR PARA 08)
05. Com que idade você ficou grávida pela 1ª vez? _ _ anos	
06. Quantas vezes você engravidou, incluindo abortos e nascimentos mortos? _ _ vezes	
07. Quantos filhos vivos você teve? _ _ filhos	
08. Você ainda fica menstruada?	
1	☐ Sim (PULAR PARA O MÓDULO 10)
2	☐ Não
09. Com que idade parou de menstruar? _ _ anos	
10. Porque você não menstrua mais?	
1	☐ Menopausa natural
2	☐ Cirurgia para a retirada de útero ou ovário
3	☐ Outro motivo. Qual? _____
11. Depois que parou de menstruar, você já usou hormônio para a menopausa?	
1	☐ Sim e continua usando. Qual? _____
2	☐ Sim, mas parou de usar há _ _ anos _ _ meses
3	☐ Não
12. Você tentou engravidar por mais de 1 ano sem sucesso?	
1	☐ Sim
2	☐ Não

10. INFORMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA

Nº de ordem: _ _		Nome da MULHER com 19 anos ou mais: _____	
1. Você teve algum relacionamento amoroso nos últimos doze meses?			
1	☐ Sim (PULAR PARA 2)		
2	☐ Não – entrevista termina aqui.		
2. Foi apenas um ou foi mais de um nestes últimos doze meses?			
1	☐ Apenas um (continuar entrevista)		

- 2 ☐ 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

3. Este companheiro reside neste domicílio?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não

4. Primeiro nome do companheiro: _____

5. Idade do companheiro: ____|____|

6. Qual o curso que o seu companheiro frequenta ou o curso mais elevado que ele frequentou?

- 0 ☐ Analfabeto/Primário incompleto/ até a 3ª. Série fundamental
1 ☐ Primário completo/ ginasial incompleto/até 4º série do ensino fundamental
2 ☐ Ginasial completo/ colegial incompleto/ fundamental completo
4 ☐ Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo
8 ☐ Superior completo

7. Nos últimos 30 dias, ele 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 ☐ Sim, teve trabalho remunerado
2 ☐ Sim, teve trabalho remunerado, mas está afastado por motivo de férias, licença, doença etc.
3 ☐ Não teve trabalho remunerado
4 ☐ Nunca trabalhou
5 ☐ Ou é aposentado/pensionista

8. 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 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, por este companheiro, 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, 1. ☐ Sim 2. ☐ Não
nem em situações/ocasiões especiais

Mantida a resposta “não”, PULAR PARA A QUESTÃO 10

9.1 Alguma vez 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 modo dele 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 marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

ATENÇÃO:

‡ Para as questões que são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez? ”, as opções de resposta são: 0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

‡ Para as questões que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez? ”, as opções de resposta são: 0. Não 1. Sim

Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”	
10. Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?	_
11. Seu (ex)companheiro (a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	_
12. Você explicou para seu (ex) companheiro (a) o que você não concordava com ele?	_
13. Seu (ex)companheiro (a) explicou para você o que ele não concordava com você?	_
14. Você insultou ou xingou o seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
15. Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
16. Você jogou alguma coisa no seu (ex) companheiro (a) que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
17. Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
18. Você torceu o braço do seu (ex) companheiro (a) ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
19. Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”	
20. Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	_
21. Seu (ex)companheiro (a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	_
22. Você deu um empurrão no seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
23. Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	_
24. Você usou uma faca ou arma contra o seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	_

25.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
26.	Você chamou o seu (ex) companheiro (a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
27.	Seu (ex) companheiro (a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
28.	Você deu um murro ou acertou o seu (ex) companheiro (a) com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
29.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”		
30.	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu (ex) companheiro (a) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
31.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
32.	Você sufocou ou estrangulou seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez ?	☐
33.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
34.	Você gritou ou berrou com o seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
35.	O seu (ex) companheiro (ou a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
36.	Você jogou o seu (ex) companheiro (a) contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
37.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
38.	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	☐
39.	Seu (ex)companheiro (a) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	☐
40.	Você deu uma surra no seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
41.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
“Nos últimos doze meses, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”		
42.	Você segurou o seu (ex) companheiro (a) com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
43.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
44.	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
45.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
46.	Você deu um tabefe ou bofetada no seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
47.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
48.	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	☐
49.	Seu (ex)companheiro (a) fez isso?	☐
50.	Você queimou ou derramou líquido quente em seu (ex) companheiro (a) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
51.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
52.	Você acusou o seu (ex) companheiro (a) de ser “ruim de cama”? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
53.	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...”		

54.	Você fez alguma coisa para ofender o seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
55.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
56.	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
57.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
58.	Você chutou o seu (ex) companheiro (a)? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
59.	Seu (ex) companheiro (a) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
60.	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	☐
61.	Seu (ex)companheiro (a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	☐
62.	Você impediu seu (ex) companheiro (a) de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	☐
63.	Seu (ex)companheiro (a) impediu você de sair de casa, ver ou falar com seus parentes?	☐
64.	Você queimou seu (ex) companheiro (a) com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? Isto aconteceu mais de uma vez?	☐
65.	Seu (ex)companheiro (a) fez isso com você?	☐

ANEXO B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido



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 CRIANÇAS (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 realizarão um questionário com crianças que morarem na sua casa. Neste dia, o peso, a altura e as medidas das circunferências da cintura de crianças com idade entre seis meses e até cinco anos serão avaliados, através de balanças e fitas próprias para as medidas. Você será informado se estas medidas estão adequadas para a idade e o sexo de seu(s) filho(s). Caso a medida do peso ou da altura não esteja adequado, 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 estará escrito o peso e a altura de seu (sua) filho (a), para obter maiores informações.

Garantimos que todos os procedimentos que serão realizados, não oferecerão riscos para a saúde de seus filhos.

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 responsável pela criança

Data: _____

Atenção - para as crianças de idade entre seis meses e até três 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.