



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GIVÂNIA BEZERRA DE MELO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À
VIOLÊNCIA EM DIFERENTES FASES DA VIDA E A PRESENÇA DE
TRANSTORNOS MENTAIS EM ADULTOS**

MACEIÓ

2015

GIVÂNIA BEZERRA DE MELO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À
VIOLÊNCIA EM DIFERENTES FASES DA VIDA E A PRESENÇA DE
TRANSTORNOS MENTAIS EM ADULTOS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Coorientador: Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

MACEIÓ

2015

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecário
Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale

M528e **Melo, Givânia Bezerra de.**
Estudo epidemiológico sobre associação entre exposição à violência em diferentes fases da vida e a presença de transtornos mentais em adultos / Givânia Bezerra de Melo. – 2016.
138 f.: il.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.
Coorientador: Valfrido Leão de Melo Neto.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 102-108.
Apêndices: f. 109-114.
Anexos: f. 115-138.

1. Violência. 2. Transtornos mentais. 3. Tentativa de Suicídio. 4. Enfermagem.
I. Título.

CDU: 616-083:616.89-008.1

Folha de Aprovação

AUTOR: GIVÂNIA BEZERRA DE MELO

Estudo epidemiológico sobre associação entre exposição à violência em diferentes fases da vida e a presença de transtornos mentais em adultos.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 14 de dezembro de 2015.



Dr.^a Maria Cícera dos Santos de Albuquerque (Orientadora)



Dr. Valfrido Leão de Melo Neto (Co-orientador)

Banca Examinadora:



Dr.^a Joviana Quintes Avance Pina, Fundação Oswaldo Cruz (Examinador Externo)



Dr.^a Nadirlene Pereira Gomes, Universidade Federal da Bahia (Examinador Externo)

Dedico a Deus, à minha família e, em especial, à minha avó Francisca (*in memoriam*), ao meu namorado Alan e às pessoas entrevistadas que aceitaram compartilhar suas experiências de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir a realização de um sonho que por vezes parecia tão distante. Por me fortalecer nos momentos de angústia e me ajudar a perseverar. Obrigada por colocar pessoas especiais na minha vida.

Ao meu namorado e amigo Alan Cabral, que sempre esteve ao meu lado, compreendendo as minhas ausências e ajudando-me a enfrentar os desafios.

À minha mãe, Gisélia, que sempre me motivou a buscar os meus sonhos e nunca mediu esforços para garantir minha educação.

Aos meus avós e padrinhos, e em especial a minha avó Francisca (*in memoriam*), pelo seu exemplo de vida, perseverança e amor ao próximo.

Ao meu pai Givaldo (*in memoriam*) e a todos os meus irmãos e sobrinhos.

Ao meu irmão Emerson (Mensinho), por me fazer companhia, inclusive nas madrugadas; por me fazer sorrir e por me convidar para brincar nos momentos mais inesperados.

À minha irmã Givanisy, por me ouvir, aconselhar e me ajudar em alguns momentos.

À minha orientadora, Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, pelo apoio que me conferiu para a realização deste trabalho.

Ao meu coorientador, Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, por todo o suporte oferecido.

Aos membros da banca examinadora, pela imprescindível contribuição para o aperfeiçoamento desse trabalho.

A todos que compõem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Alagoas, pelas oportunidades e aprendizados compartilhados ao longo desse processo, em especial ao corpo docente e à secretária Monique Silva de Godoi, pela dedicação e compromisso.

Às minhas amigas e companheiras da “Melhor Turma de Mestrado do Mundo”: Alba Bomfim, Bárbara Oliveira, Fabini Tenório, Keysse Mesquita, Lays Nogueira, Marina Baptista, Silvana Oliveira, Talita Lúcio e Vivian Marcella, pelo carinho, atenção e apoio compartilhados (principalmente no nosso grupo de ajuda mútua). Em especial à Mariana, pessoa admirável que nos encantou com sua história de vida, força e perseverança.

A todos os que participaram da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/AL”, com ênfase na equipe de coleta de dados que,

com muita força, coragem e entusiasmo, participaram dessa experiência. Às professoras Ms. Yanna Cristina e Dra. Mércia Zéviani, que muito contribuíram nesse processo.

Aos alunos Alana, Alícia, Leandro e Natália, os bolsistas Ana Paula (Paulinha) e Laudemir, que muito colaboraram na organização do material e dos equipamentos necessários para a realização da coleta de dados.

À equipe do Consultório na Rua, em especial à Jorgina Sales e aos integrantes da equipe Tarja Preta, pela compreensão e carinho ao longo dessa trajetória.

Aos professores Dr. Jairo Calado Cavalcante e Dr. Regina Célia Sales por contribuírem com orientações.

À Zélia dos Santos Lessa e Beatriz Santana de Lima por terem me incentivado a realizar o mestrado.

Aos meus sogros Elza e Cecílio e minha cunhada Ana, pelo apoio e acolhimento nos momentos que mais precisei.

Ao meu primo Íkaro, pela colaboração; à minha família e amigos, pelo apoio e compreensão.

À bibliotecária Mestra Helena Cristina Pimentel da UFAL, pela sua dedicação e orientações para a qualificação deste trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPAL –, pelo financiamento concedido ao Projeto, tornando possível sua concretização.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS), pela oferta da bolsa de mestrado.

Aos residentes do Bairro Benedito Bentes, em especial aos sujeitos do estudo, que nos acolheram com muito carinho, respeito e confiança em suas residências e aceitaram compartilhar suas histórias de vida.

Givânia Bezerra de Melo

“Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores, diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucessos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz ventos. Só se pode viver perto do outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”.

Guimarães Rosa

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar a associação entre exposição à violência e presença de transtorno mental na população com 18 anos ou mais do bairro Benedito Bentes, Maceió/Alagoas. Estudo epidemiológico de base populacional, com caráter analítico e corte transversal, amostra probabilística simples com 872 pessoas, amostragem por conglomerados. Coleta de dados no período de 26 de janeiro a 2 de março de 2015, com entrevistados residentes nos domicílios referenciados. Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico, o Mini International Neuropsychiatric Interview e o Instrumento do Estrato Socioeconômico. Os aspectos éticos foram atendidos. Obteve-se aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, parecer n.º 608.613. Utilizou-se o pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) para Windows versão 17.0, para análises estatísticas, com intervalo de confiança de 95%. Nos resultados, 74,9% dos entrevistados são do sexo feminino, 73,7% da raça negra, média de estudo de 7,4 anos. A violência na infância foi prevalente em 12,4%, violência na vida adulta em 19,6%, testemunhar violência na vida em 50,5% e tríplice exposição à violência em 4,1%. A violência na infância bem como na vida adulta ocorreu em sua maioria no domicílio da vítima. Sofrer violência na infância associou-se a estrato socioeconômico mais baixo. A configuração familiar não nuclear foi fator de proteção para a violência na infância, na vida adulta ou tríplice. A exposição à violência na infância esteve associada à maioria dos transtornos, com cinco vezes mais chances para ataque de pânico com sintomas limitados; a violência sexual na infância associou-se a quatro vezes mais de chances de risco de suicídio. Sofrer violência quando adulto associou-se a um maior número de transtornos, com seis vezes mais chances para abuso de álcool. Testemunhar violência associou-se com alguns dos transtornos, com menor força nas associações, exceto dependência de substâncias, com seis vezes mais chances. A tríplice exposição à violência associou-se a um menor número de transtornos em comparação aos que sofreram violência na vida adulta; no entanto, as associações foram mais intensas, evidenciando-se assim o efeito dose-resposta. A maioria das manifestações de violência demonstrou associação com risco de suicídio. As vítimas de violência sexual na infância ou na vida adulta tiveram mais que o triplo de chances a mais para risco de suicídio. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) esteve associado a sofrer violência sexual na vida adulta, com razão de chances superior a oito vezes; não foram encontradas associações significativas entre sofrer violência sexual na infância e TEPT. A exposição à violência esteve associada a maiores chances de manifestação de transtornos e risco de suicídio. É premente a necessidade de identificação precoce das vítimas de violência com oferta de suporte psicossocial adequado. A violência deve ser uma condição investigada em pessoas com histórico de transtornos. Gestores e profissionais de saúde articulados com outros setores necessitam discutir de maneira ampliada a inter-relação entre violência e o campo da saúde mental, a fim de propor intervenções convergentes com as necessidades locais.

Palavras-chave: Violência. Transtornos mentais. Tentativa de suicídio. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the association between exposure to violence and the presence of mental disorder in the population aged 18 or more in the neighborhood of Benedito Bentes, Maceió / Alagoas. Epidemiological population-based study of analytical and cross-section, with a pure probability sample of 872 people in a cluster sampling. Data collection in the period from January 26 to March 2, 2015, with residents interviewed in the referenced households. The sociodemographic questionnaire, the Mini International Neuropsychiatric Interview and the Instrument Socioeconomic Stratum were used. The ethical aspects are met. Was obtained prior approval from the Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, opinion n.º 608 613. We used the statistical package IBM Statistical Package for Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows version 17.0, for statistical analysis, with a 95% confidence interval. In the results, 74.9% of respondents were female, 73.7% of blacks, 7.4 years of study average. The violence against children was prevalent in 12.4%, violence in adulthood by 19.6%, witnessing violence in life and 50.5% triple exposure to violence in 4.1%. Violence in childhood and in adulthood occurred mostly in the victim's home. Suffer violence in childhood was associated with lower socioeconomic status. The non-nuclear family structure was a protective factor for violence in childhood, adulthood or triple. Exposure to violence in childhood was associated with most disorders, with five times more likely to panic attack symptoms with limited; sexual violence in childhood was associated with four times the suicide risk of chances. Suffer violence as an adult was associated with a greater number of disorders, with six times more likely to abuse alcohol. Witnessing violence was associated with some of the disorders, with less force in the associations except substance dependence, with six times more likely. The triple exposure to violence was associated with fewer disorders than those who have experienced violence in adulthood; however, the combinations were more intense, thereby indicating whether the dose-response effect. Most outbreaks of violence demonstrated association with risk of suicide. Victims of sexual violence in childhood or adulthood had more than three times as likely to more risk of suicide. The posttraumatic stress disorder (PTSD) has been associated with sexual violence in adulthood, with ratio greater chances to eight times; there were no significant associations between sexual violence in childhood and PTSD. Exposure to violence was associated with higher chances of manifestation of disorders and suicide risk. There is a pressing need for early identification of victims of violence to offer appropriate psychosocial support. Violence should be a condition investigated in people with disorders history. Managers and health professionals articulated with other sectors need to discuss in amplified form the interrelationship between violence and mental health field in order to propose convergent interventions to local needs.

Keywords: Violence. mental disorders. Suicide attempt. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas.....	41
Figura 2 –Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades.....	42
Figura 3 –Exemplo de Mapa Censitário de um dos setores censitários investigados, com a marcação do ponto inicial.....	41
Figura 4 –Diagrama de Venn – Sobreposição das violências sofridas na infância relatadas na amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 108).....	41
Figura 5 – Diagrama de Venn – Sobreposição das violências sofridas na vida adulta relatadas pela amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n=152).....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sociodemográfico por sexo, relacionamento, raça, estrato social e desempenho de atividade remunerada na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL-2015(n=872).....	53
Tabela 2- Caracterização Sociodemográfica por Escolaridade, Anos de estudos, Faixa etária, Média de idade, Possuir filho, Média do número de filhos e Tipo de Família da amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 872).....	51
Tabela 3- Prevalência de relato de violência sofrida na infância, violência sofrida quando adulto, testemunhou violência na vida e tríplice exposição à violência ao longo da vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 872).....	52
Tabela 4- Descrição da natureza da violência sofrida na infância e dos ambientes de ocorrência dos atos violentos por natureza física, psicológica e sexual na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 108).....	53
Tabela 5- Descrição da natureza da violência sofrida na vida adulta, e dos ambientes de ocorrência dos atos violentos por natureza física, psicológica e sexual, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 171).....	54
Tabela 6- Descrição dos Tipos de violência testemunhados após presenciar violência na amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 440).....	56
Tabela 7- Descrição das medidas tomadas pelas pessoas após presenciarem atos de violência na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió- AL – 2015 (n = 440).....	56
Tabela 8- Associação entre violência sofrida na infância e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 865).....	57
Tabela 9- Distribuição das médias, desvios-padrão (DP), teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo e Estrato Social, dispostas por grupo (sofreu e não sofreu violência na infância), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 865).....	58
Tabela 10- Associação entre violência sofrida na infância, violência sofrida na infância por natureza física, psicológica e sexual e sexo, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 872).....	59
Tabela 11- Associação entre violência sofrida na vida adulta e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 864)	60

Tabela 12- Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo e Estrato Social, dispostas por grupo (sofreu e não sofreu violência na vida adulta), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 865).....	61
Tabela 13- Associação entre violência sofrida na vida adulta, violência sofrida na vida adulta por natureza física, psicológica e sexual, e sexo, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).....	61
Tabela 14- Associação entre testemunhar violência ao longo da vida e as variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).....	62
Tabela 15- Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, anos de estudo e estrato social, dispostas por grupo (testemunhou e não testemunhou violência na vida), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).....	63
Tabela 16- Associação entre relato de tríplex exposição à violência na vida e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).....	64
Tabela 17- Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo, Estrato Social, dispostas por grupo (expostos e não exposto às tríplex experiências de violência), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL– 2015 (n = 865).....	65
Tabela 18- Associação entre relato de exposição à violência na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 108).....	67
Tabela 19- Associação entre relato de exposição à violência física na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL - 2015 (n = 82).....	69
Tabela 20- Associação entre relato de exposição à violência psicológica na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 66).....	71
Tabela 21- Associação entre relato de exposição à violência sexual na infância e transtornos mentais na vida adulta na amostra, estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 37).....	73
Tabela 22- Associação entre relato de violência sofrida na vida adulta e transtornos mentais, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 171).....	76
Tabela 23- Associação entre relato de violência física sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL– 2015 (n = 96).....	78

Tabela 24 - Associação entre relato de violência psicológica sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 102).....	80
Tabela 25- Associação entre relato de violência sexual sofrida na vida adulta e transtornos, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 16).....	82
Tabela 26- Associação entre relato de violência sexual sofrida na vida adulta e transtornos, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 16).....	83
Tabela 27- Associação entre relato de testemunhar violência ao longo da vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 440).....	85
Tabela 28- Associação entre relato de tríplice exposição à violência na vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 36).....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	- American Psychiatric Association
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID	- Classificação Internacional de Doenças
COAHB	- Companhia de Habitação Popular de Alagoas
EDM	- Episódio depressivo maior
ESENFAR	- Escola de Enfermagem e Farmácia
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FAPEAL	- Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPSUS	- Programa de Pesquisa para o SUS
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
S.P.S.S.	- Statistical Package for the Social Sciences
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAG	- Transtorno de ansiedade generalizada
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	- Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	- Transtorno obsessivo-compulsivo
UFAL	- Universidade Federal de Alagoas
UNICEF	- United Nations Children's Fund, 2014)
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Violência.....	19
2.2	Violência e saúde.....	21
2.3	Violência e Saúde Mental.....	27
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral.....	36
3.2	Objetivos Específicos.....	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de Estudo.....	37
4.2	Campo de Estudo.....	37
4.3	Amostragem.....	40
4.3.1	Amostra.....	40
4.3.2	Técnica de Amostragem.....	41
4.4	Coleta de dados.....	43
4.4.1	Operacionalização da coleta de dados.....	43
4.4.2	Instrumentos de coleta de dados.....	44
4.4.3	Planejamento da coleta de dados.....	44
4.5	Aspectos Éticos.....	46
4.6	Variáveis estudadas.....	46
4.7	Sistematização dos dados.....	47
4.8	Procedimentos para análise de dados.....	47
5	RESULTADOS	49
5.1	Perfil Sociodemográfico da Amostra.....	49
5.2	Descrição acerca da exposição à violência.....	51
5.3	Análise sociodemográfica da amostra exposta à violência.....	56
5.3.1	Sofrer violência na infância associado às variáveis sociodemográficas.....	56
5.3.3	Testemunhar violência ao longo da vida associado às variáveis sociodemográficas.....	61
5.3.4	Sobreposição de experiências de violência associada às variáveis sociodemográficas.....	64
5.4	Análises com associação entre exposição à violência e transtornos mentais.....	65
5.4.1	Associação entre sofrer violência na infância e transtornos mentais.....	66
5.4.2	Associação entre sofrer violência na vida adulta e transtornos mentais.....	75

5.4.3	Associação entre testemunhar violência ao longo da vida e transtornos mentais.....	84
5.4.4	Associação entre sobreposição de experiências de violência e transtornos mentais.....	87
6	DISCUSSÃO	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICES	109
	ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo investigou a associação entre exposição à violência e transtornos mentais. Este estudo constitui um recorte da pesquisa “A epidemiologia dos Transtornos Mentais e do uso do *crack*, álcool e outras drogas no bairro Benedito Bentes, Maceió – Alagoas”.

O interesse em realizá-lo surgiu após verificar em literaturas científicas os impactos da exposição à violência na saúde mental de indivíduos e grupos populacionais. Esse fato somou-se à experiência clínica da autora, que durante atividades profissionais no âmbito dos serviços de Saúde Mental se deparou inúmeras vezes com relatos de violência sofridos por pessoas com transtornos mentais.

A violência e a Saúde mental se inscrevem na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008). Tais temáticas possuem várias interligações; uma delas, se não a mais importante, é a capacidade de produção de sofrimento humano, em várias escalas e subjetivações. Históricos de violência em suas várias faces são repertórios comuns nas vidas de pessoas que possuem acometimento da saúde mental, seja como causa, seja como consequência de transtornos mentais.

A oportunidade de desenvolver o estudo surgiu durante os primeiros meses de pós-graduação, quando a autora foi convidada a compor a pesquisa “A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas”. A partir da sua inserção no Grupo da Pesquisa, integrou-se na participação das etapas de planejamento, coleta de dados, sistematização dos dados, e na oportunidade, em consenso com os orientadores, priorizou para a sua dissertação a análise de dados provenientes desta pesquisa.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) de descentralização de fomento à pesquisa em saúde no Brasil, que tem como eixo central a promoção e o desenvolvimento científico e tecnológico, com ênfase no atendimento das especificidades regionais e na diminuição das desigualdades (BRASIL, 2014). Sua realização contou com o apoio de várias instituições, entre elas a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), o Centro Universitário Tiradentes – UNIT Alagoas, a Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas (FAPEAL), a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e a Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

Nesse sentido, este estudo adquire grande relevância, uma vez que até o presente não foram realizados estudos epidemiológicos populacionais em tal dimensão para levantar a magnitude dessa problemática na realidade de Maceió/Alagoas. Apesar de a literatura científica

já possuir evidências sobre a associação entre violência e manifestação de transtornos mentais, o estudo é crucial para demarcar se tais resultados são favoráveis ou não nesse território. Os resultados do estudo deverão ser amplamente divulgados e certamente serão utilizados para o planejamento dos Programas de Saúde, uma vez que a Pesquisa foi desenvolvida atrelada ao PPSUS.

O estudo parte da hipótese de que experienciar violência é um fator preditivo para a manifestação de transtornos mentais na população do bairro Benedito Bentes, em Maceió-Alagoas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência

A violência é um fenômeno complexo. Especialistas, em distintas áreas de conhecimento, vêm contribuindo com pesquisas e ampliando as discussões sobre essa problemática. Nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, a violência é temática prioritária nas Políticas Públicas e demanda esforços intersetoriais e maior envolvimento da sociedade civil para sua compreensão e prevenção (MINAYO, 2006). Pela sua especificidade e magnitude, a violência “foge de qualquer definição precisa e cabal” (MINAYO, 2009).

Verifica-se na literatura científica que o conceito de violência é polissêmico, com várias rotulações sem critérios delimitados, o que dificulta sua adoção por outros pesquisadores (RISTUM; BASTOS, 2004). Um dos fatores que contribuem para essa dificuldade de consenso é que os julgamentos sobre a violência são inerentemente dirigidos pelo julgamento social, que é plural. Além disso, muitas definições são adotadas em estudos direcionados especificamente ao objetivo investigado, o que contribui para o aumento no leque de variações (RISTUM; BASTOS, 2004).

O julgamento dos atos como violentos ou não segue as normas legais e culturais, contribuindo para a controvérsia na delimitação do objeto da violência. Um ponto relevante dessa controvérsia atrela-se ao entendimento reducionista da violência à delinquência; tal ponto de vista é produto da origem histórica da violência como criminalidade, muito presente no senso comum (RISTUM; BASTOS, 2004). A mídia ainda contribui massivamente para a manutenção dessa identificação, por deixar de incluir a dominação política e econômica na sociedade e todas as implicações dela decorrentes, desconsiderando, portanto, as violências políticas e estruturais. Coerente com essa lógica, é vendida uma imagem de que a segurança pública e a repressão policial seriam as únicas esferas que dariam conta da prevenção da violência (RISTUM; BASTOS, 2004).

São identificadas, principalmente, duas posições opostas sobre a natureza da violência. A primeira delas é defendida por importantes etólogos e psicanalistas, que condicionam a existência da violência a um instinto geral de agressão, inato ao ser humano (RISTUM; BASTOS, 2004). É importante, nesse contexto, introduzir alguns aspectos principais que diferenciam agressividade e violência. Para alguns autores como Freud (1988 apud VILHENAI; MAIAI, 2002), a agressividade tem caráter constitutivo da subjetividade humana, na base da construção do eu e na sua relação com os objetos. Nesse sentido, a agressividade não pode ser

sublimada, apenas recalçada. Para Freud o homem seria intrinsecamente mau e destrutivo, sendo contido em seus desejos por forças civilizatórias.

A violência, por sua vez, pressupõe sempre uma intencionalidade do perpetrador, no sentido de desqualificar e anular o outro enquanto sujeito (OLIVEIRA, 2010). Para Winnicott (1990 apud PERES, 2011), seria uma ordem, uma defesa oriunda de uma frustração que funciona como um contraponto às angústias impensáveis ou ansiedades inimagináveis.

Uma segunda vertente, oposta, advoga que a violência tem sua natureza na aprendizagem social. Na perspectiva da teoria da aprendizagem social, o comportamento violento é adquirido por modelação, ou seja, por observação de modelos ou por experiência direta e sob a influência de fatores biológicos estruturais (RISTUM; BASTOS, 2004). De acordo com Skinger (1982 apud RISTUM; BASTOS, 2004), o comportamento violento é modelado na história ontogenética do homem, e mantido através das consequências reforçadoras.

Apesar de toda a ênfase que vem sendo dada à temática violência nas últimas décadas, sabe-se que esta, em suas diferentes formas, permeia a história de todas as sociedades desde tempos imemoriais (JORGE; YUNES, 2001; MINAYO, 2006). De acordo com o filósofo Domenach (1981), a violência é tão antiga quanto o mundo; cosmogonias, mitologias, lendas sempre estiveram vinculadas à violência.

O fato de a violência ser tomada como um problema contemporâneo e quase um novo problema é questionado por vários autores (DOMENACH, 1981; ODÁLIA, 1991). Existe uma impressão generalizada de que o mundo vivencia uma era de violência, um estado excepcional de comportamentos violentos (KLINEBERG, 1981). No entanto, um recuo no tempo evidencia que a vida em sociedade sempre foi permeada por diversas manifestações de violência (ODÁLIA, 1991).

De acordo com Odália (1991, p. 14), nossos ancestrais, os hominídeos, sobreviveram porque “souberam suprir suas debilidades naturais, sua pequena força física, pela inteligência na construção de artefatos de defesa e ataque”. Na Idade Média, a violência foi utilizada para a punição de criminosos e também hereges e apóstolos do cristianismo; nessa época, vários castigos violentos foram aplicados, como purificações em fogueiras, decepção de mãos, e castigos exemplares; tais espetáculos tinham um cunho educativo e intimidativo (ODÁLIA, 1991).

A tradição clássica greco-romana, na qual a cultura ocidental vai buscar suas raízes, é carregada de violência, assim como os impérios que a precedem. Aristóteles, por exemplo, defendia a escravidão como “instrumento necessário para que os verdadeiros cidadãos

atenienses pudessem usufruir de ócio e do prazer” e pudessem se dedicar às coisas mais sublimes do espírito (ODÁLIA, 1991, p. 18). A escravidão também é uma marca profunda da história colonial do Brasil: os índios e os escravos foram vítimas das mais diversas formas de violência. Esse breve resgate histórico traz algumas demonstrações de que a a violência é um legado das gerações anteriores.

Klineberg (1981) introduz algumas ideias do antropólogo Lionel Tiger, que reconhece a complexidade dessa temática para as ciências sociais e defende que a existência do homem é condicionada a uma base biológica com uma vasta experiência social que inclui aprendizagem formal e informal.

Odália (1991) acrescenta que alguns filósofos e pensadores continuam a tecer argumentações que aprisionam o homem em formas históricas presentes ou passadas, reconhecendo-o com um ser violento e um produto da história. No entanto, o homem é um ser essencialmente mutável; ao longo da história, ele tem sido o que a sociedade é. Essa consciência tem levado o homem a lutar contra as injustiças sociais, violências e discriminações.

Nesse contexto, estudos em sociologia, antropologia, política, história e psicologia social enfocam a violência como um fenômeno gerado nos processos sociais, históricos e culturais, e assinalam a inadequação de se estudar a violência de forma independente da sociedade, que é responsável pela sua produção (RISTUM; BASTOS, 2004). A violência é socialmente construída e, portanto, qualquer estratégia que busque combatê-la deverá trilhar o caminho da construção de uma nova história (RISTUM; BASTOS, 2004).

Apesar de a violência permear a história da humanidade e ser culturalmente determinada, ela não pode ser naturalizada. Ela pode ser prevenida através da modificação de fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de condições biológicas, quer sejam derivados de atitudes ou comportamentos ou condições sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas (DAHALBERG; KRUG, 2007).

2.2 Violência e saúde

Há cerca de trinta anos o debate sobre violência e saúde era restrito; no entanto, tendências importantes contribuíram para um crescente reconhecimento da violência na perspectiva da saúde pública. Uma dessas é relativa à mudança do perfil epidemiológico de saúde da população mundial, caracterizado pelo aumento da morbimortalidade por doenças não transmissíveis e causas externas (DAHLBERG; MERCY, 2009).

A violência é considerada um problema mundial de saúde pública, com impactos significativos em contextos individuais e coletivos. Diretamente, ela implica ônus aos sistemas de saúde e, de modo indireto, traz prejuízos à economia global, aumento das desigualdades e consumo do capital humano (SUMNER et al., 2015).

Estatísticas mundiais evidenciam o impacto resultante da violência em suas várias formas. Anualmente, mais de 1,3 milhão de pessoas morrem em consequência dela, o que representa 2,5% da mortalidade mundial, sendo considerada a quarta principal causa de morte de pessoas entre 15 e 44 anos. Ademais, dezenas de milhares de pessoas em todo o mundo são vitimadas diariamente por violências não fatais que resultam em sequelas temporárias e permanentes (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As taxas de mortes por armas de fogo no Brasil de 1980 a 2012 indicam acréscimo de 198,8%; entre os jovens, o crescimento foi superior: 272,6% (tal fato pode ter decorrido também de um maior número de registros oficiais para fins estatísticos). As taxas de óbitos entre os jovens passaram de 12,8 óbitos por 100 mil habitantes para 47,6 em 2012 (WAISELFISZ, 2015). O estado de Alagoas, que até poucos anos apresentava taxas moderadas de violência, passou a liderar em poucos anos o triste *ranking* da violência do País, com crescimento vertiginoso a partir de 1999 (WAISELFISZ, 2015). Em 2012, as taxas de homicídio juvenis no estado foram cinco vezes maiores que as de Santa Catarina ou de São Paulo (WAISELFISZ, 2014).

A violência interpessoal apresenta índices alarmantes no mundo. Estimativas revelam que 55% das mulheres sofreram ao longo da vida algum tipo de violência; na infância, as estimativas apontam para cerca de 7% a 40%; já na fase adulta, os episódios de violência podem atingir até 56% (STEIN et al., 2010). De acordo com dados divulgados recentemente pela Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a cada cinco minutos, em algum lugar do mundo, morre uma criança em consequência da violência (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2014).

A dor e o sofrimento humano advindos da violência são incalculáveis, e muitas vezes invisíveis. Embora alguns tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – sejam mais evidentes, um número superior de atos violentos ocorrem em espaços privados como lares, locais de trabalho e até mesmo em instituições sociais e médicas. Muitas das vítimas são crianças, jovens e pessoas doentes que não conseguem se proteger; outras, como, por exemplo, as mulheres, muitas vezes são forçadas a guardar silêncio sobre suas experiências, motivadas por convenções ou pressões sociais (KRUG et al., 2002).

De acordo com Agudelo (1997), a violência "representa um risco para a realização do processo vital humano, pois ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidades e provoca a morte, como realidade ou possibilidade". A exposição à violência aumenta a vulnerabilidade para vários problemas de saúde físicos e mentais, tais como deficiência, depressão, problemas de saúde reprodutiva, tabagismo, comportamentos sexuais de alto risco e uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (SUMNER et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, em sua Portaria MS/GM nº 737, de 16/5/2001, referente à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, considerou como violência "ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprio e aos outros" (BRASIL, 2001, p. 03).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe uma definição semelhante no Relatório Mundial Sobre Violências e Saúde:

O uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

As violências e os acidentes integram a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), os agravos à saúde denominados "Causas externas" (MINAYO, 2006).

A OMS propõe uma tipologia para a violência. Enfatiza que embora imperfeita e longe de ser universalmente aceita, esta tipologia fornece uma estrutura útil para compreender os padrões complexos de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência no cotidiano de indivíduos, famílias e comunidades. Um fator diferencial dessa tipologia que supera as demais já propostas é que ela captura a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre o perpetrador e a vítima e as possíveis motivações (apenas na violência coletiva). As linhas divisórias entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras, tanto na prática clínica como nas pesquisas (KRUG et al., 2002).

Nesse contexto, a tipologia da violência pode ser dividida em três categorias amplas, de acordo com as características do perpetrador: a) violência autodirigida (autoinfligida); b) violência interpessoal; e c) violência coletiva. Essas categorias são subdivididas em tipos mais específicos (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência autodirigida subdivide-se em comportamento suicida (ideação suicida e tentativas) e agressão autoinfligida (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência interpessoal subdivide-se em duas categorias: 1) Violência familiar – a violência que ocorre principalmente entre os membros da família ou entre parceiros íntimos, no contexto do lar; 2) violência na comunidade – violência entre conhecidos e desconhecidos, em geral exterior ao lar (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência familiar engloba maus-tratos infantis, violência contra as mulheres (por exemplo, violência sexual por parceiro íntimo) e abuso de idosos. A violência na comunidade, por sua vez, engloba uma variedade de atos violentos, a violência juvenil (incluindo os atos cometidos por gangues), violências ocorridas no interior de instituições tal como escolas, prisões, asilos e locais de trabalho (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência coletiva, terceira categoria ampla da violência, subdivide-se em violência social, política e econômica. Refere-se à violência instrumental infligida por grupos maiores, como Estados-nações, grupos de milícias e organizações terroristas (KRUG et al., 2002 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2006), a violência social inclui todas as formas de relações, ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos ou nações que ocasionem danos a si próprios ou aos outros. As manifestações de discriminação, preconceito em relação a determinados grupos que se distinguem por sua raça, etnia, gênero, necessidades especiais, condição de portadoras de doença, condição de pobreza e até mesmo faixa etária constituem manifestações da violência social.

A natureza (forma de expressão) dos atos violentos pode ser classificada em modos de expressão: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica; 4) relacionada à negligência e à privação de cuidados (MINAYO, 2006). Esses atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e subcategorias anteriormente mencionadas, coexistindo em algumas situações (KRUG *et al.*, 2002).

É premente deixar claro que algumas terminologias sofrem variações a depender de fatores específicos. As diferentes formas de expressão da violência, quando relacionadas a crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico (BRASIL, 2006). A OMS engloba em seus relatórios a terminologia maus-tratos contra criança para abuso e negligência de crianças de até 18 anos de idade, que inclui todos os maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou qualquer outro dano real à saúde, à dignidade e à sobrevivência da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A negligência é um termo adotado internacionalmente para designar as omissões dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, psicológico e social destes (BRASIL, 2006).

O abuso físico, por sua vez, é qualquer ato violento que decorre do uso da força física praticado de forma intencional por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, “com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, provocando a morte” (BRASIL, 2006). Essa é a forma de violência mais frequentemente identificada, inclusive pelos serviços de atendimento à saúde.

O abuso sexual é todo ato ou jogo sexual realizado com a intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente e/ou visando estimulá-los para obter satisfação sexual. Essa categorial engloba as relações homo ou heterossexuais, nas quais os perpetradores possuem estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado do que as vítimas (BRASIL, 2006).

O abuso psicológico está atrelado a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, punições humilhantes, cobranças exageradas, bem como a utilização da criança ou do adolescente de maneira exagerada a fim de atender às necessidades psíquicas do adulto (BRASIL, 2006).

As crianças, as mulheres, os jovens e os idosos são considerados grupos mais vulneráveis a sofrer violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Fatores de risco para abuso na infância incluem características dos pais, como, por exemplo, abuso de substâncias, histórico de abuso físico e sexual, isolamento social, baixa autoestima; características familiares, como conflitos familiares, conflitos conjugais, estresse financeiro; características individuais, como baixa autoestima, incapacidade de se defender, falta de habilidades sociais, deficiência física. Algumas características ambientais também podem constituir fatores de risco para a ocorrência de abuso infantil, como ambientes escolares negativos e baixo nível socioeconômico (FRIEDMAN et al., 2011).

O abuso sexual é considerado uma das mais inquietantes violações de direitos e, como tal, é objeto de instrumentos legais específicos que visam proteger a criança das múltiplas formas de violência (UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2014).

Essa garantia de proteção é um direito fundamental garantido pela Convenção sobre os Direitos da Criança e outros tratados internacionais (UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2014). Nos últimos anos, ocorreram maiores investimentos em programas de prevenção à violência, no entanto a efetividade deles ainda é algo bastante questionável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência contra a mulher desde a tênue idade está amplamente ancorada na cultura patriarcal presente em todo o mundo. As relações sociais constituídas historicamente são permeadas pela submissão da mulher e por várias desvantagens relacionadas ao gênero; tais aspectos naturalizam as desigualdades e favorecem a violência de gênero (GOMES et al., 2012). A violência baseada em gênero refere-se a quatro tipos de abuso, incluindo estupro, outras formas de violência sexual, violência por parceiro íntimo (IPV) e perseguição (REES et al., 2014).

A violência por parceiro íntimo pode ser perpetrada por parceiros atuais ou ex-parceiros, podendo resultar em dano físico, sexual ou psicológico. Ela pode ocorrer entre casais heterossexuais ou homossexuais; esse tipo de violência ainda é muito velada; um pequeno número de vítimas procura ajuda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As consequências da violência são múltiplas. Estudos demonstram que a violência está amplamente associada com a má saúde física e mental, quer como um gatilho, quer como um fator de risco (ASSIS, et al., 2013). Experimentar violência física, sexual, psicológica está associado ao aumento de risco de transtornos mentais, tais como depressão, transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e suicídio (SUMNER et al., 2015). Metanálises indicam que as crianças que foram abusadas fisicamente têm 54% de chances a mais de transtornos depressivos e um aumento de 92% da probabilidade do uso excessivo de drogas na vida adulta. As que sofrem abuso emocional ou negligência podem ter taxas mais altas de comorbidades psicológicas e 300% de chances de transtornos depressivos a mais em relação às crianças sem exposição ao abuso (SUMNER et al., 2015).

Crianças e adolescentes que vivenciaram abuso sexual possuem maior propensão a experimentar depressão, distímia, abuso de substâncias psicoativas, estresse pós-traumático e tentativa de suicídio (FRIEDMAN et al., 2011).

A exposição à violência urbana, principalmente nas grandes metrópoles, onde esses índices são mais altos, aumentam o risco de manifestação de transtornos mentais (RIBEIRO, MARI et al., 2013). Um estudo que investigou a exposição a eventos traumáticos no Rio de Janeiro e em São Paulo, em sua maior parte relacionados à violência, constatou que cerca de 90% das pessoas que vivem nessas capitais já enfrentaram pelo menos uma experiência traumática ao longo da vida. No mesmo estudo foi identificado que mais de 40% dos participantes tiveram pelo menos um transtorno mental ao longo da vida (FRIEDMAN et al., 2011).

O estudo da associação entre exposição a experiências traumáticas e manifestação de transtornos mentais demonstrou que os diferentes tipos de experiências traumáticas,

principalmente a violência interpessoal, podem aumentar a vulnerabilidade relacionada a transtornos como a dependência de álcool, distúrbios fóbicos e ansiedade, incluindo estresse pós-traumático e transtorno depressivo maior (RIBEIRO et al., 2013).

Apesar das amplas evidências que associam experiências de violência a problemas de saúde mental, apenas 49% dos países relatam dispor de serviços de saúde mental para atender às necessidades das vítimas. Tendo em vista minimizar as graves consequências da violência a saúde mental, recomenda-se que o atendimento às vítimas seja realizado por equipes multiprofissionais, com pleno atendimento das necessidades apresentadas, mediante oferta de cuidados direcionados ao trauma, terapias comportamentais e outras intervenções psicológicas necessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Existe um grande número de subnotificações dos casos de violência. Esse é um problema grave, sobretudo porque as ações e políticas públicas direcionadas têm como bases os dados epidemiológicos. É importante que os profissionais de saúde e assistência social conheçam os instrumentos de notificação e realizem esse procedimento. Após a reformulação da lista de notificação compulsória, em 2011, o Ministério da Saúde incluiu a violência como agravo de notificação obrigatória pelo profissional de saúde (GARBIN et al., 2015).

A OMS reconhece que a violência é resultado da interação complexa entre fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais, e utiliza a aplicação de um modelo ecológico para ajudar a explicar a natureza multifacetada da violência. O entendimento desses fatores é importante na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (KRUG et al., 2002).

2.3 Violência e Saúde Mental

Os transtornos mentais representam um dos maiores problemas de saúde no mundo. Possuem consequências imensuráveis para a vida das pessoas e dos familiares. De modo global, repercutem significativamente na economia mundial. Estima-se que as perdas em termos de produção econômica poderão atingir US 16,3 trilhões entre 2011 e 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Alguns indivíduos e grupos na sociedade, a depender do contexto no qual estão inseridos, podem estar em maior vulnerabilidade para experimentar problemas de saúde mental. Estes grupos podem incluir, mas não necessariamente se restringir a, pessoas que vivem em extrema situação de pobreza, com problemas crônicos de saúde, crianças expostas a maus-tratos e negligência, pessoas vítimas de discriminação e violação dos direitos humanos. Em algumas

sociedades, os transtornos mentais possuem estreita relação com violência doméstica e abuso, especialmente em mulheres, sendo alvo de preocupação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Apesar das crescentes taxas de pessoas com transtornos mentais e suicídio e do surgimento de novos grupos vulneráveis, os sistemas de saúde ainda não têm respondido adequadamente à carga de transtornos mentais. Requerem investimentos na prevenção, na atenção em abordagens de apoio inicial, urgências e emergências, além de reabilitação psicossocial contínua (MELO et al., 2015).

Em todo o mundo há uma grande lacuna assistencial; em países desenvolvidos, 35% a 50% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento; em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa proporção aumenta para 76% a 85%. Ademais, os tratamentos disponibilizados pelos serviços públicos revelam comprometimento na qualidade (MELO et al., 2015).

Estudos epidemiológicos psiquiátricos têm contribuído de maneira significativa para a compreensão desse panorama global da saúde mental, distribuição, frequência e identificação dos fatores determinantes nas diferentes populações, bem como na avaliação da qualidade e efetividade dos serviços de saúde mental. Esses estudos também têm sido extremamente úteis para a elaboração e a implementação de políticas públicas, por permitirem a obtenção de dados “que ajudam a determinar as necessidades de cuidados de saúde mental nas populações e fornecerem informações importantes para apoiar decisões de saúde pública sobre prevenção, tratamento” e investimentos financeiros (WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS INITIATIVE, 2014, p. 09).

O primeiro estudo de morbidade psiquiátrica brasileira foi realizado em 1991, por Almeida *et al.*, e incluiu uma amostra de 6.746 indivíduos com ao menos 15 anos, residentes em Brasília, São Paulo e Porto Alegre. O segundo foi o de Andrade e Colaboradores (1997), realizado em dois bairros de São Paulo – Jardim América e Vila Madalena –, numa amostra de 1.462 indivíduos com 18 anos ou mais (MELLO; MELO; KOHN, 2007).

Com vistas a melhorar o panorama global de Saúde Mental, a Organização Mundial de Saúde alertou em seu plano de ação abrangente de 2013-2020 para a necessidade de implementação e fortalecimento de uma rede integrada e ágil de saúde mental, assistência social e serviços comunitários. Nesse sentido, foram definidos alguns requisitos prioritários; um desses é que os serviços sejam sensíveis às necessidades de grupos vulneráveis e marginalizados da sociedade, incluindo, entre outros, mulheres e crianças vítimas de violência

doméstica, sobreviventes de violência, pessoas privadas de liberdade e grupos minoritários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A violência é um dos mais conhecidos fatores ambientais que interferem na manifestação de transtornos mentais. Por isso, será realizada uma breve revisão dos aspectos clínicos dos transtornos mentais, baseando-se na 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, levando em consideração os aspectos relacionados à violência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com o DSM 5, os transtornos depressivos (foram separados do capítulo “Transtornos bipolares e transtornos relacionados” do DSM IV) incluem um grupo de transtornos que possuem como características comuns a manifestação de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam de maneira significativa o funcionamento do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo maior é a condição clássica desse grupo de transtornos que se caracteriza pela ocorrência de episódios distintos, com no mínimo duas semanas de duração, que envolve nítidas alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, com remissões entre os episódios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Entre os fatores de risco ambientais para o transtorno depressivo maior, destacam-se as experiências adversas na infância. As exposições a múltiplas experiências adversas em seus diferentes tipos constituem um conjunto de fatores de risco potenciais; sabe-se que os eventos estressantes na vida são reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo persistente (distímia) é uma forma mais crônica da depressão, que se expressa, de maneira geral em adultos, pela perturbação do humor por um período mínimo de dois anos. O grau de comprometimento no funcionamento social e profissional do indivíduo é variável, no entanto os efeitos podem ter proporções iguais ou até maiores do que o transtorno depressivo maior. O diagnóstico de transtorno depressivo persistente é novo no DSM 5 e representa a consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico, definidos no DSM- IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos de ansiedade incluem um grupo de transtornos que coadunam características de medo ou ansiedade excessivos e persistentes, diferenciando-se do medo ou ansiedade adaptativos, e perturbações comportamentais relacionadas. A diferenciação entre os transtornos de ansiedade é demarcada pelos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva na ideação cognitiva (pensamentos ou crenças) associada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Boa parte dos transtornos de ansiedade tem início na infância e persiste caso não ocorra o tratamento adequado. A maior incidência está no sexo feminino, com manifestação em duas mulheres para cada homem, aproximadamente. Entre os transtornos de ansiedade estão o transtorno de ansiedade social (fobia social), o transtorno de pânico, a agorafobia e o transtorno de ansiedade generalizada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Mediante atualizações efetuadas no DSM 5, os ataques de pânico destacam-se entre os transtornos de ansiedade como um especificador (um tipo particular de resposta ao medo) e passaram a ser aplicáveis a todos os transtornos mentais, não apenas aos de ansiedade. Outras mudanças importantes no sistema de classificação referem-se ao Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), anteriormente inseridos no capítulo dos Transtornos de ansiedade no DSM – IV; na classificação atual passaram por algumas reformulações, entre elas a apresentação em capítulos distintos, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados, e Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de ansiedade social (fobia social) possui como característica essencial o medo acentuado ou intenso de interações ou situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado negativamente por outros indivíduos, ficar embaraçado, ser humilhado, rejeitado ou ofender os outros. A ansiedade e a timidez ocasionais em situações sociais são comuns, não patológicas, no entanto a pessoa que possui o transtorno, quando exposta a situações sociais, quase sempre manifesta medo ou ansiedade exacerbados, com variações em relação ao grau e ao tipo de medo ou ansiedade em diferentes ocasiões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Essas pessoas frequentemente evitarão as situações sociais temidas, ou poderão suportá-las com intenso medo ou ansiedade. Reconhecidamente, o medo, a ansiedade e a esquiva resultam em impactos adversos significativos no funcionamento social, profissional ou acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, podendo associar-se a presença de sofrimento. Na população em geral, são encontradas taxas mais altas desse transtorno em indivíduos do sexo feminino; entretanto, em amostras clínicas, essas se mostram um pouco mais elevadas em indivíduos do sexo masculino. Esse transtorno pode ter início na infância, em seguida a uma experiência estressante ou humilhante, ou pode se insidioso, desenvolvendo-se lentamente. O início na idade adulta é mais raro, sendo mais provável após um evento estressante ou humilhante, ou após mudanças na vida que demandem novos papéis sociais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Maus-tratos e adversidades na infância constituem fatores de risco ambientais para o transtorno de ansiedade social, apesar de não existir um papel causal desses fatores para o início precoce desse transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de pânico, por sua vez, está ligado à ocorrência de ataques de pânico recorrentes inesperados. O ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso, com a ocorrência de sintomas físicos e cognitivos, cujo pico é alcançado em minutos. A característica recorrente atribuída ao ataque de pânico refere-se à ocorrência de mais de um ataque de pânico inesperado. O ataque de pânico inesperado ocorre sem indício ou desencadeamento óbvio; já os ataques esperados possuem um indício óbvio, como uma situação em que os ataques ocorrem geralmente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os indivíduos com transtorno de pânico podem manifestar ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas de uma lista de 13) e incompletos (menos de quatro sintomas); no entanto, o diagnóstico desse transtorno está condicionado à ocorrência de mais de um ataque de pânico completo inesperado. O transtorno de pânico causa mudanças desadaptativas no comportamento, devido às tentativas de minimizar ou evitar a ocorrência dos ataques de pânico e suas consequências, resultando assim em altos níveis de incapacidade social, profissional e física (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As taxas de transtorno de pânico aumentam gradualmente durante a adolescência, em particular no sexo feminino, e alcançam seu pico durante a idade adulta. Dentre os transtornos de ansiedade, relatos de experiências de abuso sexual e físicos na infância são mais comuns no transtorno de pânico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Agorafobia é um transtorno caracterizado pelo medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações, o que leva o indivíduo a experimentar sentimentos de que algo terrível possa acontecer. As pessoas acreditam que escapar dessas situações poderia ser difícil ou que o auxílio pode não estar disponível caso ocorram sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores, e acabam evitando-as (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No mínimo, duas das seguintes situações agorafóbicas precisam estar presentes: uso de transporte público; permanecer em espaços abertos; permanecer em locais fechados; permanecer em fila ou ficar em meio à multidão; sair de casa sozinho. No entanto, outras situações além dessas podem ocorrer (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A agorafobia pode tornar-se tão grave que a pessoa pode ficar totalmente confinada em casa, dependente de outros para serviços ou assistência, ou até mesmo para o atendimento de suas necessidades básicas. Esse transtorno acarreta considerável prejuízo e incapacidade para o

desempenho de papéis e atividades laborais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Pessoas do sexo feminino possuem maior probabilidade de apresentar o transtorno. Esse transtorno pode acontecer na infância, no entanto, seu maior pico é atingido no fim da adolescência e início da idade adulta. Alguns fatores ambientais podem estar envolvidos ao início da agorafobia, tais como eventos negativos na infância e outros eventos estressantes ao longo da vida, como ser atacado ou assaltado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) possui como características principais a ansiedade e a preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de vários domínios da vida, incluindo desempenho no trabalho e nas atividades acadêmicas. Há dificuldade em controlar os pensamentos de preocupação, a ponto de interferir na concentração necessária ao desempenho de tarefas. Outros sintomas físicos também são experimentados, incluindo inquietação, fadigabilidade, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono; de maneira menos proeminente, podem ser experimentados sintomas somáticos e de excitabilidade autonômica aumentada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os conteúdos de preocupação de cada indivíduo são variáveis e tendem a ser adequados à idade. A ansiedade e o nervosismo podem perdurar por toda a vida caso não haja o tratamento adequado; são comuns os relatos de sofrimento subjetivo devido à preocupação constante, e prejuízos relacionados em diversas áreas ao longo da vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ainda não foram identificados fatores ambientais específicos para o TAG, embora já haja sido demonstrada a associação às adversidades na infância e à superproteção parental. As maiores taxas desse transtorno também estão associadas ao sexo feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem como sintoma característico a presença de obsessões e compulsões. As obsessões contemplam pensamentos repetidos e persistentes, imagens ou impulsos; são intrusivos e indesejados e causam acentuado sofrimento ou ansiedade na maioria das pessoas. O indivíduo se sente compelido a executar compulsões (rituais) em resposta a uma obsessão, por meio de comportamentos repetidos (por exemplo, lavar as mãos várias vezes) ou atos mentais (contar repetidas palavras em silêncio), de acordo com as regras que devem ser aplicadas rigidamente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As compulsões não são executadas por prazer, embora causem uma redução da ansiedade em certos indivíduos. Um dos critérios para diagnóstico do TOC enfatiza que as

obsessões e compulsões devem tomar tempo do indivíduo ou causar sofrimento ou prejuízos clinicamente significativos. Esse transtorno, na fase adulta, afeta uma taxa um pouco mais elevada de mulheres. São identificados comumente nas pessoas com esse transtorno redução da qualidade de vida e altos níveis de prejuízos social e profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Entre os fatores ambientais, históricos de abuso físico e sexual na infância, além de outros eventos estressantes ou traumáticos estão comumente associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de TOC (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A categoria Transtornos relacionados a trauma e estressores no DSM – V agrega os transtornos que possuem como característica comum a exposição a um evento traumático ou estressante. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um dos principais dessa categoria; sua característica essencial está atrelada ao desenvolvimento de sintomas sugestivos após a exposição a um ou mais eventos estressantes ou traumáticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Alguns eventos traumáticos podem estar envolvidos na manifestação do TEPT. Eventos sofridos diretamente incluem, entre outros, a exposição a guerra, ameaça ou ocorrência de violência sexual, sequestro, ser mantido refém e acidentes automobilísticos graves. Em crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos de estágio de desenvolvimento. Os eventos testemunhados, por sua vez, incluem a ameaça de lesão ou lesão real grave, morte natural, abuso físico ou sexual, violência doméstica e acidentes, entre outros. Experiências de exposição indireta por ter conhecimento do evento violento somente são consideradas para fins de diagnóstico quando afetam parentes ou amigos próximos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A apresentação clínica da doença é variável: em algumas pessoas, predominam sintomas de revivências do medo emocionais e comportamentais (*flashbacks*); em outras, os estados de humor anedônicos ou disfóricos, além de cognições negativas, podem ser mais perturbadores. Em outras pessoas, ainda, podem ser proeminentes a excitação e sintomas reativos externalizantes, ou mesmo sintomas mais perturbadores. Algumas pessoas também podem exibir sintomas combinados desses padrões apresentados. Quando o evento estressor é interpessoal e intencional, o transtorno pode ser especialmente grave e duradouro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O sofrimento psicológico intenso ou a reatividade fisiológica são comuns na iminência da exposição a eventos precipitantes semelhantes ou que simbolizam o evento traumático. Também podem ocorrer alterações cognitivas negativas, que surgem associadas a ele ou pioram

depois da exposição. Tais alterações podem assumir várias formas, como incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma, expectativas negativas exageradas e persistentes em relação à vida. As pessoas com TEPT podem ter cognições errôneas a respeito das causas do evento traumático, o que as leva a se sentirem culpadas ou a culparem outras pessoas; também podem ocorrer anedonia e incapacidade persistente de sentir emoções positivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta à exposição a novos eventos traumáticos. As exposições a traumas concomitantes muitas vezes dificultam a identificação do início da sintomatologia, como, por exemplo, em crianças vítimas de abuso físico e que também testemunham violência doméstica. As crianças que possuem TEPT podem apresentar regressão do desenvolvimento, como a perda da fala em crianças pequenas. Em geral, após eventos traumáticos graves, prolongados e repetidos, como abuso infantil e tortura, o indivíduo também poderá apresentar dificuldades na regulação das emoções e na manutenção de relacionamentos interpessoais estáveis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O TEPT acarreta prejuízos significativos nas várias dimensões da vida do indivíduo, associando-se a elevados níveis de incapacidades sociais, profissionais e físicas. Esse transtorno é mais prevalente no sexo feminino; as mulheres também sofrem TEPT de maior duração do que os homens. Uma das possíveis motivações do risco aumentado no sexo feminino deve-se em parte à maior probabilidade de exposição a eventos traumáticos, como estupro, além de outras manifestações de violência interpessoal. As taxas mais altas de TEPT são encontradas entre sobreviventes de estupro, combate e captura militar, sobreviventes de campo de concentração e genocídio com motivações políticas e étnicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os fatores de risco e proteção podem ser divididos em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. Em cada um desses são reconhecidas as influências de fatores ambientais, genéticos e fisiológicos. Entre os fatores pré-traumáticos, são citados como fatores de risco grau de instrução inferior, exposição anterior ao trauma (especialmente na infância), adversidades na infância, inteligência inferior e *status* de minoria racial/étnica. O apoio social anterior à exposição é identificado como fator de proteção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os fatores de risco peritraumáticos incluem a magnitude do trauma, ameaça percebida à vida, lesão pessoal e violência interpessoal. Como fatores de risco pós-traumáticos podem ser citados fatores temperamentais que incluem a adoção de estratégias de enfrentamento

inapropriadas e o desenvolvimento de estresse agudo; os fatores ambientais incluem exposições subsequentes a lembranças desagradáveis, eventos adversos na vida e perdas financeiras subsequentes ou de outras naturezas relacionadas ao trauma. O apoio social, especialmente a estabilidade familiar para crianças, é um fator protetor que contribui para moderar a evolução do trauma (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre exposição à violência e presença de transtorno mental na população com 18 anos ou mais do bairro Benedito Bentes, Maceió/AL.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os aspectos sociodemográficos da população com 18 anos ou mais do bairro Benedito Bentes, Maceió/AL.

Identificar a prevalência de relatos de exposição às violências física, psicológica e sexual na infância e/ou na vida adulta.

Analisar a associação entre sofrer violência na infância e apresentar transtorno mental na população estudada.

Analisar a associação entre sofrer violência na vida adulta e apresentar transtorno mental.

Analisar a associação entre testemunhar violência ao longo da vida e apresentar transtorno mental.

Analisar a associação entre a sobreposição de episódios de violência ao longo da vida e apresentar transtorno mental.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo é uma análise de dados provenientes da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do uso de álcool e drogas, no bairro Benedito Bentes”, um estudo epidemiológico de base populacional com caráter analítico e corte transversal que avaliou a morbidade psiquiátrica da população geral com 15 anos ou mais, residente no Bairro Benedito Bentes, em Maceió/Alagoas.

Os estudos epidemiológicos possibilitam descrever o estado de saúde de grupos populacionais, a carga de doenças e os fatores determinantes e de risco da população. Tais informações são cruciais para um melhor planejamento das autoridades de saúde e investimentos de recursos direcionados às reais necessidades. Os estudos epidemiológicos são ferramentas úteis que possuem impacto positivo na melhoria da saúde pública das populações. O caráter analítico adotado permite um estudo mais aprofundado da relação entre o estado de saúde e outras variáveis associadas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Estudos epidemiológicos de corte transversal medem a exposição – efeito (doença), numa dada população, num dado momento, sendo considerado um método útil para detecção de frequência das doenças, fatores de risco e grupos populacionais mais vulneráveis. Esses estudos produzem dados relevantes para a avaliação das necessidades de saúde da população (PEREIRA, 2005; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

As pesquisas transversais vêm sendo utilizadas em vários países para detectar fatores de risco de doenças crônicas; nelas são enfatizadas características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relativos à saúde, frequência de doenças e outras características relevantes em relação à idade, sexo e grupo étnico. Os dados advindos de estudos transversais repetidos são capazes de produzir indicadores úteis de tendências. Para terem sua validade considerada, é necessário que as pesquisas transversais utilizem questionários bem elaborados, amostra de tamanho apropriado e que se obtenha uma boa taxa de resposta (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

4.2 Campo de Estudo

Para a realização da pesquisa foi escolhido como campo do estudo o Benedito Bentes, bairro periférico da cidade de Maceió, Alagoas. A elegibilidade desse bairro foi sinalizada por membros da Gestão do Programa de Saúde Mental do Município de Maceió, que durante a

construção do Projeto de Pesquisa demonstraram a necessidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde mental das pessoas que residem nesse bairro, justificada pelo grande número de habitantes e pela carência de serviços de Saúde Mental especializados no bairro.

A capital alagoana, situada no Nordeste brasileiro, é mundialmente conhecida pelas suas belas praias que atraem milhares de turistas. Contudo, Maceió é uma cidade com amplo espectro de desigualdades socioeconômicas. A análise da distribuição de renda por bairros demonstra que a cidade possui blocos econômicos muito heterogêneos. O primeiro contempla os bairros mais ricos e valorizados, boa parte deles em torno da orla marítima; o segundo bloco é composto por bairros de renda média/baixa próximos ao bloco mais rico; e um terceiro bloco, que alberga a maioria populacional, em torno de 61%, e que possui a menor concentração de renda. Nesse último está localizada a maioria dos aglomerados subnormais e das habitações “inadequadas” da cidade (INSTITUTO ARNON DE MELLO, 2012).

O bairro Benedito Bentes, campo do estudo, encontra-se no terceiro bloco econômico. Entre os cinquenta bairros de Maceió, ele é o mais populoso, com 88.084 habitantes no último censo de 2010. Também possui a maior área territorial, 24.627 km², e densidade demográfica de 3.577,74 hab./km² (BRASIL, 2010a).

Localizado na Sexta Região Administrativa, o bairro limita-se ao norte com o município de Rio Largo, ao Sul com os bairros Serraria e Jacarecica, a leste com os bairros Guaxuma, Garça Torta e Riacho Doce, e a oeste com Antares e Cidade Universitária (BARBOSA; LIMA, 2011).

Em 1986 foram construídos na região os conjuntos habitacionais Benedito Bentes I e II, uma das obras da Companhia de Habitação Popular de Alagoas – COAHB voltadas à população de menor poder aquisitivo. O nome do conjunto foi dado em homenagem a Benedito Geraldo do Vale Bentes, figura ilustre que teve cargos de destaque no cenário político e econômico de Alagoas (BARBOSA; LIMA, 2011).

Na sua criação, o conjunto contava com 6.322 famílias. Em 1988 foi integrado à região o complexo habitacional Cachoeira do Mirim; de 1990 a 1995 foram criados mais seis conjuntos residenciais; muitos outros foram construídos e estão em fase de construção (JÚNIOR, 2009). Em 2000, após o redimensionamento do espaço urbano, o então conjunto habitacional Benedito Bentes e todo o complexo que se constituiu na região passaram a ser conhecidos como o bairro Benedito Bentes (JÚNIOR, 2009).

Em 2010 o bairro contava com 27.427 domicílios, em áreas urbanas e rurais (BRASIL, 2010a). Até 2009, de acordo com Júnior (2009), o bairro contava com 22 conjuntos habitacionais e 15 grotas. O bairro ainda passa por um crescimento intenso; devido a sua grande

área territorial, conjuntos residenciais ligados à Secretaria de Habitação vêm sendo construídos nos últimos anos, destinados às famílias que residiam em habitações subnormais em outros locais da cidade. Além disso, o setor privado tem investido na construção de condomínios na região (informação verbais e observações da pesquisadora)¹.

O bairro teve uma acelerada urbanização nos últimos anos, incompatível com a infraestrutura e com a rede de serviços públicos ofertados à população. O Benedito Bentes I conta apenas com a Unidade de Saúde Hamilton Falcão, e com o Mini Pronto Socorro Denilma Bulhões, serviços esses que sempre se encontram com uma grande demanda de atendimentos; é comum encontrar muitas pessoas que passam a noite nas filas para conseguir uma ficha de atendimento médico ou para a marcação de exames. Em 2014 foi finalizada a construção da estrutura física de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); no entanto, até a presente data ela não foi inaugurada (informação verbais e observações da pesquisadora)².

No Benedito Bentes II encontra-se a Unidade de Saúde Aliomar de Almeida Lins, além de algumas Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF); destas, algumas contam com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, há uma grande demanda reprimida de famílias que não são contempladas pela ESF. Alguns conjuntos habitacionais, grotões e habitações subnormais não possuem em suas proximidades nenhum serviço de saúde (informação verbais e observações da pesquisadora)³.

A região também conta com o suporte de duas equipes de Consultório na Rua, ligadas à Unidade de Saúde Hamilton Falcão. Essas equipes atendem pessoas em situação de rua que ficam nas proximidades do Mercado Público do bairro e também acompanham algumas famílias em vulnerabilidade social, residentes nas habitações subnormais (informação verbais e observações da pesquisadora)⁴.

O bairro não possui dispositivos especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e as Unidades de Saúde possuem um número restrito de psicólogos; no período da coleta de dados da pesquisa, não contava com psiquiatras. Muitas pessoas procuram atendimentos em outros bairros, e alguns permanecem no lar, acometidos por problemas de

¹ Informações obtidas com os residentes do bairro durante as entrevistas e também nas observações do campo pela pesquisadora.

² Informações obtidas com os residentes do bairro durante as entrevistas e também nas observações do campo pela pesquisadora.

³ Informações obtidas com os residentes do bairro durante as entrevistas e também nas observações do campo pela pesquisadora.

⁴ Informações obtidas com os residentes do bairro durante as entrevistas e também nas observações do campo pela pesquisadora.

saúde mental, pois não dispõem de suporte ou orientações (informação verbais e observações da pesquisadora)⁵.

De acordo com dados levantados junto à Prefeitura Comunitária do Bairro, citados por Júnior (2009), a principal atividade econômica em 2008 era o comércio; o desemprego na região chegava a alcançar taxas de até 80% entre jovens de 18 a 25 anos.

Ainda de acordo com Júnior (2009), o bairro contava em 2008 com 397 comércios que atendiam às principais demandas da população. Há um mercado público que faz a comercialização de frutas, verduras, carnes, materiais de utilidade doméstica, entre outros. Também possui áreas de feira livre, supermercados, mercadinhos e bodegas, além do *Shopping Center* Pátio Maceió, inaugurado em 2009, e da fábrica da multinacional Coca-Cola, que gerou trezentos empregos diretos para a região com a sua inauguração em 2009 (BARBOSA; LIMA, 2011).

Em 2010 foi inaugurada a primeira célula do Centro de Tratamento de Resíduos de Maceió; há a expectativa de que venha a funcionar nos próximos trinta anos (BARBOSA; LIMA, 2011).

O bairro também dispõe de um terminal de ônibus integrado, com várias linhas de ônibus que facilitam o deslocamento da população dentro e fora do bairro, tendo a circulação diária de, em média, 40 mil pessoas (BARBOSA; LIMA, 2011).

4.3 Amostragem

4.3.1 Amostra

O estudo contemplou uma amostra probabilística aleatória simples composta por 872 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no bairro Benedito Bentes. A idade mínima adotada para este estudo é justificada pela presença de transtorno mental na vida adulta.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi prevista inicialmente uma amostra de 542 pessoas para estimar uma prevalência mínima de 15% a 95% de confiança, com erro relativo de 20% (máximo permitido), numa população de 94.120 pessoas, de acordo com as estimativas da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Como o tipo de amostragem por conglomerado impõe uma correção de 1.5, o tamanho da amostra passou a 813. Houve ainda acréscimo de 10%, admitindo-se perdas e recusas, sendo definido um N amostral final de 894 pessoas (LUIZ;

⁵ Informações obtidas com os residentes do bairro durante as entrevistas e também nas observações do campo pela pesquisadora.

MAGNANINI, 2009). Esse total foi suficiente para testar um risco de 1.5 numa proporção de expostos de 20% a 95% de confiança e potência de 80%.

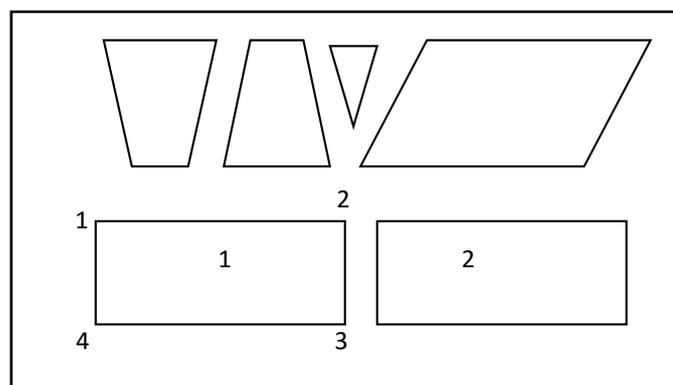
4.3.2 Técnica de Amostragem

Foi utilizada a amostragem por conglomerados, que é uma amostra aleatória simples composta por unidades de amostragem. Cada unidade corresponde a um conglomerado (*cluster*), ou seja, um grupamento natural de elementos da população com características heterogêneas em relação às estudadas e com características similares entre si. Dessa maneira, cada conglomerado deveria ter comportamento semelhante à de uma população em miniatura (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009, p. 411).

Tomando como base essa definição, foram considerados os setores censitários do IBGE do ano de 2010. O bairro Benedito Bentes possui 93 setores censitários, que são unidades territoriais com limites físicos identificados em áreas contínuas (BRASIL, 2015a). Cada setor (menor unidade de dados disponíveis) corresponde a um conglomerado do estudo.

O número total da amostra foi distribuído proporcionalmente em relação à população geral do bairro entre os 93 setores; houve uma variação de zero a 18 entrevistas por setor censitário. O ponto inicial de investigação de cada setor censitário foi definido antes da ida ao campo para a coleta de dados. De posse do Mapa Censitário do Setor foram realizados sorteios de uma quadra ou uma rua (Fig. 1 e Fig. 2), e em seguida a da esquina do domicílio inicial de investigação, com a delimitação exata no mapa censitário, conforme a Fig. 3.

Figura 1 - Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas

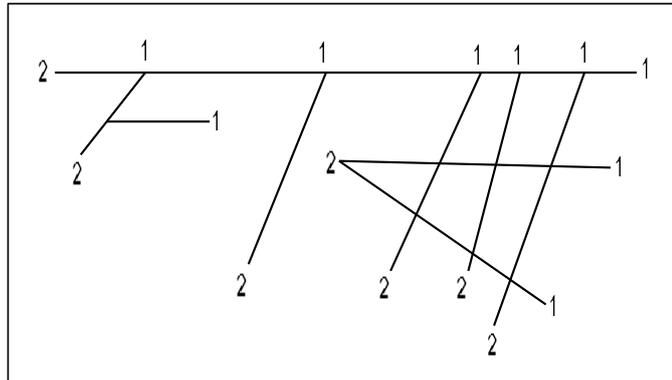


Fonte: CAVALCANTE⁶ (2015)

⁶Jairo Calado Cavalcante

De posse do desenho do mapa do setor, os entrevistadores localizaram a esquina do domicílio inicial de investigação e seguiram examinando os residentes dos domicílios em sequência, no sentido à direita do observador, até cumprir com o número previsto. Na existência de domicílios vazios, ou ainda no caso de recusas em participar do estudo ou de não atendimentos aos critérios de inclusão, foram examinados os residentes nos domicílios seguintes.

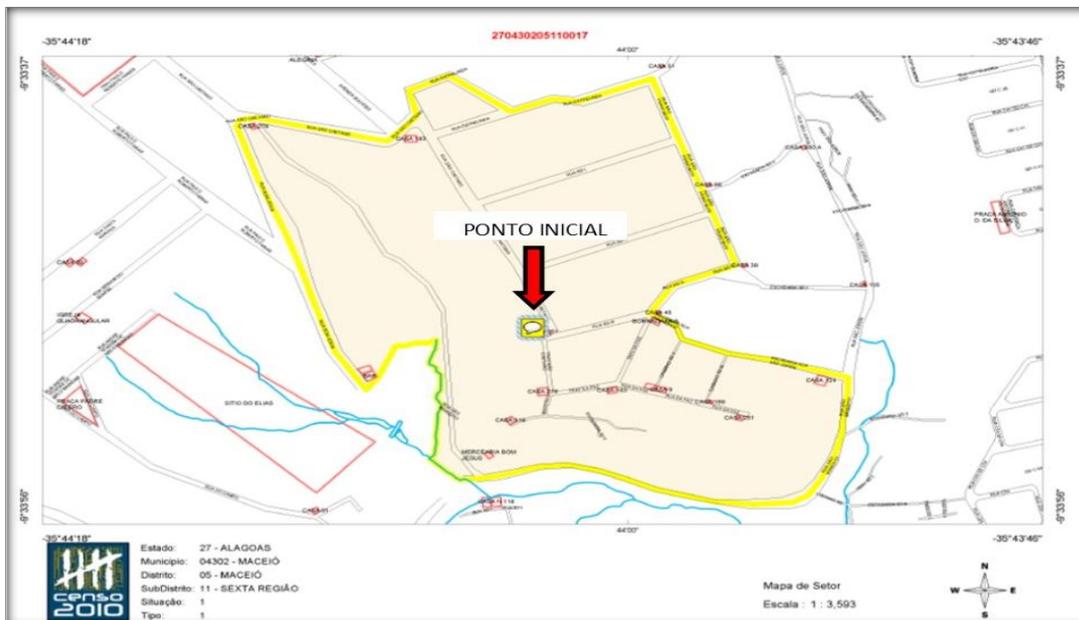
Figura 2 - Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades



Fonte: CAVALCANTE (2015)

Durante a coleta de dados, foram evitadas preferências como: ruas calçadas, ruas secas sem poças de água, ruas planas, entre outras condições, com vistas a prevenir algum viés introduzido pelo investigador.

Figura 3 - Exemplo de Mapa Censitário de um dos setores censitários investigados, com a marcação do ponto inicial de investigação.



Fonte: IBGE (2010)

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Operacionalização da coleta de dados

O período de coleta de dados teve início em 26 de janeiro de 2015 e se estendeu até 2 de março do mesmo ano. Nesse período as equipes estiveram inseridas no campo, em geral, de segunda à sexta, entre oito e dezessete horas, na execução da coleta de dados.

A equipe encontrava-se diariamente em pontos estratégicos de apoio inseridos no território, como nos espaços de Unidades de Saúde, igrejas e praças. A equipe de coleta reunia-se à equipe técnica para receber orientações sobre a localização das unidades territoriais de coleta, divisão das equipes e discussões de estratégias operacionais. Diariamente, o grupo era dividido em dois ou três subgrupos, operando em alguns dias com apenas um.

Cada subgrupo era formado minimamente por um profissional e por três estudantes, e recebia o mapa censitário do setor impresso em papel A4 e o material necessário para coleta.

Após identificar o ponto inicial de coleta, os estudantes e pesquisadores se dirigiam ao primeiro domicílio, para convidar possíveis entrevistados. Em caso de recusa ou de não atendimento aos critérios de inclusão, examinavam os domicílios seguintes, no sentido à direita. A natureza do estudo permitiu a inclusão de mais de um informante por domicílio. O profissional permanecia nas proximidades do domicílio para oferecer suporte aos estudantes; ele fornecia o número de identificação (ID) que deveria ser inserido no formulário eletrônico.

As entrevistas foram realizadas face a face, no local de preferência para o respondente, no interior do domicílio ou nas proximidades deste. Os informantes receberam esclarecimentos sobre a participação no estudo com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A e aceitavam participar mediante a assinatura ou a impressão datiloscópica do termo. A duração das entrevistas foi de no mínimo vinte minutos e no máximo de duas horas.

Membros da equipe técnica permaneciam no campo para oferecer suporte à equipe de coleta e também realizavam previamente a identificação das demais unidades territoriais. As equipes foram muito bem acolhidas pela população; líderes comunitários, representantes de igrejas e profissionais dos serviços de saúde apoiaram e facilitaram a operacionalização da coleta de dados.

4.4.2 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi facilitada pelo uso de *tablets* com o aplicativo *ODK Collect*. Este foi editado e configurado para o estudo com a inserção dos instrumentos de coleta de dados em formato digital.

Foram utilizados no estudo os seguintes questionários:

- Tradução validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)* – (Anexo A);
- Formulário Sociodemográfico – (Apêndice B);
- Instrumento de Identificação do Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômica Brasil – 2014 – (Anexo B).

O questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para o estudo; durante sua construção vários atores integrantes da pesquisa estiveram presentes, discutindo e adequando o instrumento. Nesse questionário foram inseridas as variáveis referentes à violência. Apesar de não se tratar de um instrumento validado, durante a sua construção foram realizados testes de clareza e coerência e realizadas as adaptações necessárias, baseando-se em outros estudos científicos.

O M.I.N.I. é um instrumento de uma entrevista diagnóstica padronizada, de rápida aplicação, que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV. Trata-se de uma entrevista totalmente estruturada que gera diagnósticos de acordo com os critérios DSM-IV – traduzido e adaptado para o Brasil, idioma português. Um dos estudos que demonstrou o processo de validação e adaptação transcultural desse instrumento verificou que o instrumento possui qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários padronizados mais longos e complexos como o *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (AMORIM, 2000).

O Instrumento de avaliação do Critério de Classificação Econômica foi criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e permite identificar a classificação do estrato social por meio da avaliação do número de ativos domésticos e pelo chefe da família.

4.4.3 Planejamento da coleta de dados

No período de julho de 2014 a janeiro de 2015 foi realizado o planejamento para a coleta de dados, que se deu em várias etapas concomitantes. A pesquisa contou com uma equipe

técnica para condução e organização do processo; tal equipe reunia-se periodicamente para garantir a operacionalização da pesquisa.

A equipe de coleta de dados contou com a participação de: a) integrantes de três grupos Tutoriais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Redes de Atenção Psicossocial da UFAL, compostos por 25 estudantes de graduação em Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Medicina e Farmácia; nove preceptores, entre psicólogos, enfermeiros, farmacêutico e assistentes sociais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial do Município; e três tutoras docentes da graduação em Enfermagem da UFAL; b) quatro estudantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC); c) duas enfermeiras residentes de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); d) duas mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e um mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL; e) dois graduandos de Enfermagem e uma graduanda de Medicina da UFAL.

No período de preparação foram promovidas reuniões de treinamento com periodicidade semanal, envolvendo membros da equipe técnica e da coleta de dados, a fim de capacitá-los a realizar a pesquisa. Nos encontros houve apresentação do projeto, divisão de grupos de trabalho para preparação dos materiais de coleta (manual do pesquisador, pastas com impressos e materiais de suporte necessários, *tablets*, mapas censitários, entre outros), discussões pertinentes, além de momentos de capacitação e calibragem para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

A capacitação para a realização da coleta foi conduzida por um psiquiatra com experiência na área clínica e de pesquisas e teve o apoio da equipe técnica. Houve a apresentação de cada instrumento, discussões aprofundadas sobre o objetivo de utilização e a maneira correta de conduzir a entrevista, estudos em grupo e orientações gerais sobre os possíveis diagnósticos de morbidade psiquiátrica. Os participantes tiveram oportunidade de realizar pré-testes no grupo e com pessoas externas; todas as dúvidas foram esclarecidas. O pré-teste possibilitou aprimoramentos, com correções importantes e inserção de funcionalidades de segurança, além de ajustes na linguagem para uma melhor compreensão.

Paralelo a esse processo, a equipe técnica da pesquisa realizou visitas a alguns serviços de saúde e a alguns equipamentos comunitários para apresentar o projeto e obter parcerias na comunidade. Durante o contato diário com o campo foram firmadas parcerias cruciais para realização da coleta de dados.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; o Parecer consubstanciado de autorização encontra-se no Anexo C.

Durante a coleta de dados, os entrevistados que necessitavam de acompanhamento de saúde foram encaminhados aos serviços da comunidade especializados.

4.6 Variáveis estudadas

A investigação da exposição à violência foi realizada por um dos módulos do Questionário Socioeconômico; a violência é a variável independente principal do estudo. Foram investigados episódios de exposição direta à violência na infância, na vida adulta, exposição indireta à violência ao longo da vida e exposição à tríplice exposição à violência (na infância, na vida adulta e ao presenciar a violência).

Para fins deste estudo, foram consideradas como violência na infância as experiências ocorridas até 12 anos de idade incompletos; esse limite de idade para a infância teve como referência o Estatuto da Criança do adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

A violência sofrida na infância foi categorizada entre sim, não e não quero comentar. Antes de fazer este questionamento, o entrevistado recebia esclarecimentos sobre a idade limite que foi considerada infância na pesquisa e sobre o entendimento acerca da violência.

A violência foi caracterizada pela presença de atos violentos de natureza física (qualquer forma de violência física que um agressor, com relação de parentesco ou não, perpetrou contra o entrevistado, como esmurrar, pontapear, estrangular, queimar, bater, interpor castigos severos); natureza psicológica (qualquer forma de violência psicológica que um agressor, com relação de parentesco ou não, perpetrou contra o entrevistado, como humilhações em ambientes privados ou públicos, ameaças e chantagens, ridicularizações, insulto, vigilância constante, privação de liberdade, exploração, entre outras condutas que causaram danos emocionais); e sexual (qualquer forma de violência psicológica que um agressor, com relação de parentesco ou não, perpetrou contra o entrevistado, como obrigá-lo a manter relações sexuais de qualquer natureza mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, exibição de órgãos sexuais, entre outras condutas dessa natureza).

A natureza da violência sofrida na infância foi categorizada em física, psicológica e sexual, com a possibilidade de resposta de uma, duas ou das três opções. O ambiente de ocorrência da violência na infância foi categorizado em na rua, no trabalho, na escola, em casa,

ou em outro lugar. Esta última opção permitia a inserção de outros locais diferentes dos citados; para essa variável foi possível escolher uma ou mais opções.

A violência sofrida na fase adulta foi categorizada entre sim, não e não quero comentar. A natureza da violência sofrida na fase adulta e o ambiente de ocorrência possuem descrições idênticas às citadas na violência sofrida na infância. No estudo, consideraram-se como adulto as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos de idade.

Presenciar algum tipo de violência foi dicotomizado em sim ou não. Os tipos de violência presenciados foram categorizados em assalto, homicídio, agressão física, suicídio, violência sexual e outros. Essa última opção oferecia a possibilidade de descrever outros tipos de violência diferentes das citadas; foi possível escolher uma ou mais opções.

Para a presente análise, os desfechos pesquisados foram considerados os transtornos mentais investigados nos módulos do M. I. N.I. : A. Episódio depressivo maior (EDM) e EDM com características melancólicas atuais (duas últimas semanas); B. Transtorno distímico atual (últimos dois anos); C. Risco de Suicídio no último mês; D. Episódio Maníaco e Episódio Hipomaníaco atual e no passado; E. Transtorno de Pânico no último ano; F. Agorafobia no último ano; G. Fobia Social no último ano; H. Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) no último ano; I. Transtorno de Estresse pós-traumático (TEPT) no último ano; J. Dependência e abuso de álcool no último ano; K. Dependência e abuso de substâncias (não álcool) no último ano; O. Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) nos últimos seis meses; P. Transtorno de Personalidade Antissocial na vida inteira.

4.7 Sistematização dos dados

Os dados coletados nas entrevistas por meio dos formulários eletrônicos foram enviados automaticamente, após conexão com internet, ao banco de dados do programa *Excel*® versão 2007 para *Windows* versão 3.5.3. Para análise da qualidade dos dados colhidos, foi realizada a revisão do banco de dados e a realização de análises de frequência simples das variáveis, o que possibilitou a correção de alguns erros de digitação encontrados.

As variáveis do estudo foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows* versão 17.0.

4.8 Procedimentos para análise de dados

O tratamento estatístico foi realizado através de análise bivariada, a fim de verificar a existência de associação (diferença entre os grupos estudados) foram utilizados os testes: Qui-

Quadrado de *Pearson* (variáveis categóricas) e T de *Student* (variáveis contínuas). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados das análises parciais estão apresentados em forma de tabelas e figuras.

Os dados foram interpretados à luz do conhecimento epidemiológico produzido sobre violência e transtornos mentais. Foi valorizado o contexto do qual emergiram os fenômenos analisados, especificidades qualitativas, temporais e espaciais. Essa forma de análise converge com as orientações de Rouquayrol e Filho (2003); estas dispõem que a interpretação não deve restringir-se ao estabelecimento de significâncias estatísticas, mas buscar interpretar a significância epidemiológica dos achados.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em categorias: Perfil Sociodemográfico da amostra; Descrição acerca da exposição à violência; Análise sociodemográfica da população exposta à violência; e, por fim, a categoria Análises com associação entre exposição à violência e transtornos mentais.

5.1 Perfil Sociodemográfico da Amostra

Nessa primeira categoria foi realizado um estudo descritivo com variáveis sociodemográficas da amostra analisada, buscando compreender e destacar condições importantes e/ou determinantes para exposição à violência e manifestação de transtornos mentais. As tabelas 1 e 2 descrevem as principais características sociodemográficas dessa população.

Como pode ser observado na Tabela 1, a amostra teve alta representatividade do sexo feminino (74,9%), com predominância de pessoas que estavam em relacionamento estável (56,6%). Para essa última variável considerou-se que os entrevistados possuíam cônjuges ou companheiros advindos de relacionamentos de outras naturezas. No que diz respeito à variável raça/cor da pele, 59,6% de pessoas se autodeclararam pardas e 16,8% pretas, perfazendo um percentual de 78,4% de pessoas de raça negra.

Para a variável estrato social, a frequência de pessoas da Classe C foi preponderante: 41,7%. As classes D e E, que correspondem às pessoas vulneráveis, pobres e extremamente pobres, associadas, resultaram em 45,7% da amostra; 63,5% dos respondentes não estavam desempenhando atividades laborais remuneradas.

Outros dados referentes ao perfil sociodemográfico também estão dispostos na tabela 2. Em relação à escolaridade, 51,3 % dos entrevistados cursaram até o ensino fundamental; esse percentual, associado ao dos que não concluíram nenhum grau de escolaridade (11,4%), evidencia uma alta fragilidade educacional da população, que também é refletida por meio da média de anos de estudos (7,4).

As faixas etárias nos quais foram classificados os participantes da pesquisa mantiveram um padrão na distribuição. O maior número de entrevistados encontrava-se entre 30 e 39 anos, correspondendo a 20,4% da população estudada. A idade média geral encontrada foi de 41,8 anos.

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico por Sexo, Relacionamento, Raça, Estrato Social e Desempenho de atividade remunerada na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 2015 (n = 872).

Variável	N*	%**
Sexo		
Feminino	653	74,9
Masculino	219	25,1
Relacionamento Estável		
Possuí	494	56,7
Não possui	378	43,3
Raça/cor da pele		
Preta	146	16,8
Parda	520	59,6
Branca	151	17,3
Amarela/Indígena	55	6,3
Estrato Social		
A	05	0,6
B	104	11,9
C	364	41,7
D	220	25,2
E	179	20,5
Desempenha atividade remunerada (n = 852*)		
Sim	311	36,5
Não	541	63,5

Fonte: Autora (2015).

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra; * Número de respostas.

Houve predominância de pessoas que possuem filhos (84,7%), com uma média de 3,1. A maioria das famílias (63%) possuía configuração nuclear, ou seja, eram famílias formadas apenas pelo casal e filhos provenientes desse relacionamento.

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica por Escolaridade, Anos de estudos, Faixa etária, Média de idade, Possuir filho, Média do número de filhos e Tipo de Família da amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 872).

Variável	N*	%**	Média (DP***)
Escolaridade			
Nenhum	100	11,4	
Fundamental	447	51,3	
Médio	256	29,4	
Superior	69	7,9	
Anos de estudos			7,4 (4,5)
Faixa etária			
18-24	142	16,3	
25-29	114	13	
30-39	178	20,4	
40-49	151	17,3	
50-59	140	16	
60 ou mais	147	17	
Idade			41,8 (16,2)
Possui filho			
Sim	739	84,7	
Não	133	15,3	
Número de filhos			3,1 (2,1)
Tipo de família			
Nuclear	549	63	
Não nuclear	323	37	

Fonte: Autora, 2015.

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra; *** Desvio-padrão (DP).

5.2 Descrição acerca da exposição à violência

Essa categoria descreve, de acordo com o relato dos entrevistados, a prevalência das exposições à violência, a natureza dos atos violentos, os principais ambientes de ocorrência da violência, os tipos de violência presenciados e as medidas tomadas após presenciar tais atos. Tal categoria é crucial para o estudo, pois dela emergem dados importantes para a caracterização do fenômeno violência no contexto estudado.

Entre os entrevistados, a prevalência de relatos de violência sofrida na infância foi de 12,4%. Na vida adulta, ou seja, com 18 anos ou mais, 19,6% relataram episódios de vitimização à violência. Um percentual de 49,5% revelou ter testemunhado algum episódio de violência ao longo da vida. A prevalência de pessoas que relataram acúmulo das três experiências, ou seja,

sofreram violência na infância, na vida adulta e ainda testemunharam violência ao longo da vida, foi de 4,1%, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Prevalência de relato de violência sofrida na infância, violência sofrida quando adulto, testemunhou violência na vida e tríplice exposição à violência ao longo da vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 872).

Variável	N*	%**
Sofreu violência na infância		
Sim	108	12,4
Não	757	86,8
Não informado/ não quis comentar	7	0,8
Sofreu violência quando adulto		
Sim	171	19,6
Não	693	79,5
Não informado/ não quis comentar	8	0,9
Testemunhou violência		
Sim	440	50,5
Não	432	49,5
Tríplice exposição à violência		
Sim	36	4,1
Não	836	95,9

Fonte: Autora, 2015.

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra.

A natureza dos atos de violência sofridos na infância evidenciou que 75,9% dos expostos foram vítimas de abuso físico; a maior parte desses episódios ocorreu no ambiente familiar (87%). A frequência de abuso psicológico foi de 61,1%, e predominantemente se deram no lar (69%); em segundo lugar, no ambiente escolar (15,4%). A prevalência do abuso sexual na infância foi de 34,3% entre os que sofreram violência na infância, e teve como cenário prevalente a residência da vítima (77,7%), seguido da via pública (13,9%). Esses dados, disponíveis na Tabela 4, demonstram o predomínio da violência intrafamiliar.

Houve sobreposição na natureza dos atos violentos sofridos na infância, como representado na Figura 4. Entre os que sofreram violência na infância, 16% estiveram expostos a atos de violência das três naturezas (física, psicológica e sexual); 29,6% à violência física e psicológica; 4,6% à física e sexual; e 3,7% à psicológica e sexual.

Tabela 4 - Descrição da natureza da violência sofrida na infância e dos ambientes de ocorrência dos atos violentos por natureza física, psicológica e sexual na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 108).

Variável	N*	%**
Natureza da violência		
Física	82	75,9
Psicológica	66	61,1
Sexual	37	34,3
Ambientes de ocorrência da violência física (n = 72)		
Via pública	9	6,5
Trabalho	2	1,4
Escola	3	2,2
Casa	55	87
Outro lugar	4	2,9
Ambientes de ocorrência da violência psicológica (n = 58)		
Via pública	5	8,6
Trabalho	2	3,5
Escola	9	15,4
Casa	40	69
Outro lugar	2	3,5
Ambientes de ocorrência da violência sexual (n = 36)		
Via pública	5	13,9
Trabalho	1	2,8
Escola	2	5,6
Casa	28	77,7

Fonte: Autora, 2015.

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra.

Em relação à exposição à violência quando adulto, como disposto na Tabela 5, verifica-se que 56,1% dos entrevistados foram vítimas de violência física, 61,3% desses episódios ocorreram no ambiente domiciliar e 21,3% em via pública.

Os atos de violência psicológica sofridos na vida adulta tiveram frequência de 59,6%; a maioria desses ocorreu no lar da vítima (46,1%). Também foi representativo o percentual de episódios na via pública 45,1%. A violência sexual foi prevalente em 9,3% entre os que sofreram violência na vida adulta; 43,7% dos atos violentos ocorreram em casa, e igual percentual (12,5%) foi encontrado para episódios na via pública e no trabalho (Tabela 5).

Também houve sobreposição na natureza dos atos violentos sofridos na vida adulta, como representado na Figura 5. A prevalência de exposição a atos de violência das três

naturezas (física, psicológica e sexual) foi de 6,6% entre os expostos; 25% sofreram atos violentos de natureza física e psicológica, 1,3% física e sexual e 1,3% psicológica e sexual.

Tabela 5 - Descrição da natureza da violência sofrida na vida adulta, e dos ambientes de ocorrência dos atos violentos por natureza física, psicológica e sexual, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 171).

Variável	N*	%**
Natureza da violência		
Física	96	56,1
Psicológica	102	59,6
Sexual	16	9,3
Ambientes de ocorrência da violência física (n = 75)		
Via pública	16	21,3
Trabalho	8	10,6
Escola	2	2,7
Casa	46	61,3
Outro lugar	3	4
Ambientes de ocorrência da violência psicológica (n = 102)		
Via pública	46	45,1
Trabalho	15	14,7
Escola	3	2,95
Casa	47	46,1
Outro lugar	3	3,4
Ambientes de ocorrência da violência sexual (n = 16)		
Via pública	2	12,5
Trabalho	2	12,5
Escola	1	6,3
Casa	7	43,7
Outro lugar	4	25

Fonte: Autora, 2015.

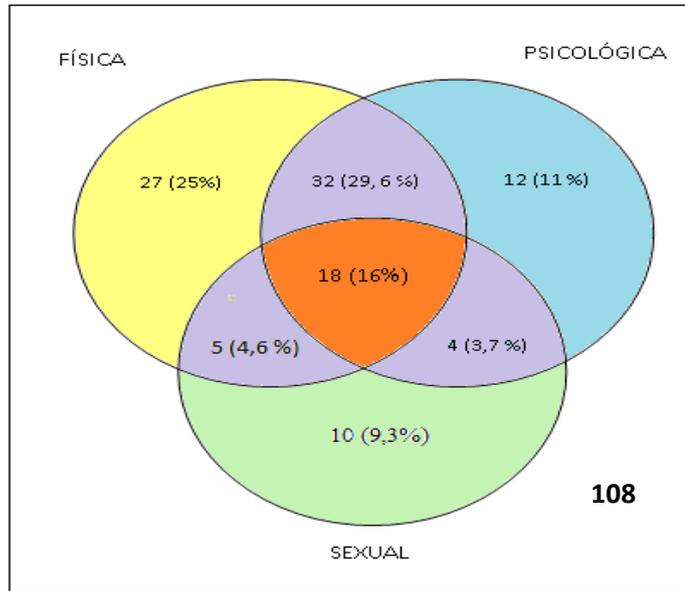
* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra.

Como descrito na Tabela 6, entre os entrevistados que presenciaram violência (n = 440), 55,4% testemunharam assaltos, 42% homicídios e 57,5% agressão física. Após testemunhar tais atos, a grande maioria não tomou nenhuma medida – 77,5% (Tabela 7); uma parcela menor, 15,4%, procurou a polícia pessoalmente, e apenas 4,2% usaram o Disque Denúncia para relatar a situação.

Esses dados sobre violência são muito relevantes, pois demonstram que a exposição à violência, principalmente testemunhar violência, foi recorrente para a maioria dos entrevistados. O número de pessoas que presenciaram homicídios chama bastante atenção,

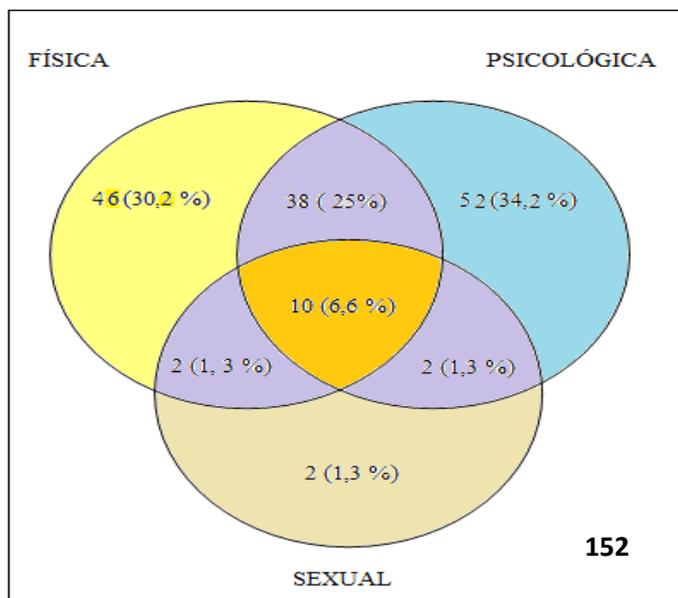
principalmente se comparado ao percentual de pessoas que não tomaram nenhuma medida após a ocorrência dos fatos.

Figura 4- Diagrama de Venn - Sobreposição das violências sofridas na infância relatadas na amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 108).



Fonte: Autora, 2015.

Figura 5 - Diagrama de Venn - Sobreposição das violências sofridas na vida adulta relatadas pela amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 152).



Fonte: Autora, 2015.

Tabela 6 - Descrição dos Tipos de violência testemunhados após presenciar violência na amostra do bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 440).

Variável	N*	%**
Tipos de violência presenciada		
Assalto	244	55,4
Homicídio	185	42,0
Agressão Física	253	57,5
Suicídio	23	5,2
Violência Sexual	7	1,5
Outros	7	1,5

Fonte: Autora (2015).

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra.

Tabela 7 - Descrição das medidas tomadas pelas pessoas após presenciarem atos de violência na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió- AL – 2015 (n = 440).

Variável	N*	%**
Medidas tomadas após presenciar violência		
Não fizeram nada	368	77,5
Procuraram a polícia	73	15,4
Procurou liderança comunitária	1	0,1
Usou disque denúncia	10	2,2
Outras	23	4,8

Fonte: Autora (2015).

* número de pessoas da amostra; ** percentual correspondente ao número da amostra.

5.3 Análise sociodemográfica da amostra exposta à violência

Nessa terceira categoria serão apresentadas análises de associações entre sofrer violência na infância ou na vida adulta, ou presenciar violência ou ter tríplice exposição à violência, bem como as variáveis sociodemográficas.

5.3.1 Sofrer violência na infância associado às variáveis sociodemográficas

Ao analisar a associação entre sofrer violência na infância e variáveis sociodemográficas (Tabela 8), observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre possuir ou não relacionamento estável, desenvolver ou não atividade remunerada, e tampouco com relação à raça/cor da pele.

Sofrer violência na infância obteve associação significativa com estrato social ($p = 0,003$): 36,1% das pessoas que sofreram violência na infância estavam na classe C, 58,3% estavam nas classes D e E (*versus* 43,8%, que não sofreram violência na infância), 13,5% das pessoas que não sofreram violência na infância estavam nas classes A e B; entre os que sofreram, apenas 5,6% dos entrevistados estavam nessas classes (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação entre violência sofrida na infância e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 865).

Variáveis	Vítima (n = 108)		Não vítima (n = 757)		X ² *	Valor de p	OR**	IC***
	N	%	N	%				
Relacionamento Estável								
Possuí	62	57,4	427	56,4	0,39	0,85	1,04	-----
Não possui	46	42,6	330	43,6				
Raça/ cor da pele								
Preta	22	20,4	123	16,2	2,34	0,67	NA	-----
Parda	61	56,4	456	60,2			****	
Branca	20	18,5	129	17,1				
Amarela / Indígena	5	4,6	49	6,5				
Estrato Social								
A	2	1,9	3	0,4	15,6	0,00	NA	-----
B	4	3,7	99	13,1		*****		
C	39	36,1	323	42,7				
D	35	32,4	182	24,0				
E	28	25,9	150	19,8				
Atividade remunerada								
Possui	38	35,2	291	35,4	0,45	0,51	1,5	-----
Não possui	70	64,8	466	61,6				
Possui filho								
Sim	90	83,3	644	85,1	0,22	0,64	0,87	-----
Não	18	16,7	113	14,9				
Tipo de família								
Nuclear	58	53,7	484	63,9	4,2	0,04	0,65	0,43 – 0,98
Não nuclear	50	46,3	273	36,1		*****		

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** Intervalo de confiança; **** Não se aplica; ***** $p < 0,01$; ***** $p < 0,05$.

Usando como parâmetro de avaliação o somatório da média do estrato social (Tabela 9), verifica-se que a média geral das pessoas que sofreram violência é inferior à dos que não sofreram: 15,3 (dp = 7,7) *versus* 16,8 (dp = 7,0), respectivamente, ambos correspondentes à baixa classe média. Houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,04$), e uma maior tendência do grupo que sofreu violência na infância de concentrar-se entre a baixa classe média e a pobre extremamente pobre (tendência descendente), enquanto o grupo que não sofreu violência também se concentra na classe C, no entanto com uma tendência ascendente, em direção às classes A e B.

Tabela 9 - Distribuição das médias, desvios-padrão (DP), teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo e Estrato Social, dispostas por grupo (sofreu e não sofreu violência na infância), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 865).

Variáveis	Vítima		Não vítima		t	Valor de p	IC**
	Média	dP*	Média	dP			
Idade	41,5	14,5	41,9	16,4	0,14	0,82	2,68 – 3,37
Anos de estudo	6,4	4,6	7,6	4,5	2,56	0,01 ***	0,22 – 2,04
Estrato Social	15,3	7,7	16,8	7,0	2,03	0,04 ***	0,04 – 2,92

Fonte: Autora, 2015.

* Desvio-padrão; ** Intervalo de confiança; *** $p < 0,05$.

Verificou-se significância estatística em relação a sofrer violência na infância e tipo de família ($p = 0,04$); a configuração familiar não nuclear teve prevalência de 46,3% entre os que sofreram violência na infância (*versus* 36,1% entre os que não sofreram violência na infância). Nesse sentido, houve maior tendência do grupo que sofreu violência na infância a manter na vida adulta configuração familiar não nuclear.

Na tabela 9 são apresentadas análises em relação à associação entre sofrer violência na infância e outras variáveis sociodemográficas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a média de idade no grupo que sofreu e não sofreu violência; a média de anos de estudos também não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Não houve associação significativa entre violência sofrida na infância e sexo, e tampouco com violência física, psicologia. A violência sexual na infância obteve associação estatisticamente significativa com sexo ($p > 0,01$), as chances de sofrer violência sexual na infância foram 7,85 maiores no sexo feminino (IC: 1,73 – 35,06). De maneira geral, a violência

sofrida na infância foi mais elevada no sexo feminino (12,9% *versus* 10,9% no sexo masculino); a violência física foi prevalente no sexo feminino, enquanto a psicológica foi prevalente no sexo masculino (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre violência sofrida na infância, violência sofrida na infância por natureza física, psicológica e sexual e sexo, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL - 2015 (n = 872).

Variáveis	Sexo Feminino (N= 653) n (%)	Sexo Masculino (N= 219) n (%)	X ² *	P valor	OR **	IC***
Sofreu violência na infância						
Sim	84 (12,9)	24 (10,9)	0,54	0,46	----	-----
Não	569 (87,1)	195 (89,1)				
Sofreu violência física na infância						
Sofreu	63 (9,6)	19 (8,6)	0,18	0,67	----	-----
Não sofreu	590 (90,4)	200 (91,4)				
Sofreu psicológica na infância						
Sofreu	49 (7,5)	17 (7,7)	1,23	0,27	----	-----
Não sofreu	604 (92,5)	202 (92,3)				
Sofreu violência sexual na infância						
Sofreu	35 (5,4)	02 (0,91)	9,21	0,00	7,85	1,73 – 35,06
Não sofreu	618 (94,6)	217 (99,09)		****		

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** Intervalo de confiança; **** p < 0,01.

5.3.2 Sofrer violência na vida adulta associado às variáveis sociodemográficas

A análise da relação entre sofrer violência quando adulto com as variáveis sociodemográficas na Tabela 11 obteve associação estatisticamente significativa somente com o tipo de família (p = 0,00). A configuração familiar não nuclear esteve mais fortemente associada ao grupo que sofreu violência na vida adulta (46,2% *versus* 34,9% entre os que não sofreram).

Como pode ser observado na Tabela 12, em relação às variáveis Média de Idade, Média de Anos de Estudo e Média do Estrato Social, não foi obtida significância estatística entre os grupos que sofreram ou não violência na vida adulta.

Verifica-se na Tabela 13 que sofrer violência na vida adulta não obteve associação significativa com sexo. Em relação à violência sofrida por natureza, observou-se que sofrer violência psicológica obteve associação significativa com sexo feminino (p = 0,04); o valor da

razão de chances dessa associação foi invalidado devido ao valor um, presente no intervalo de confiança. Não foram obtidas associações significativas também com violência de natureza física e sexual.

Tabela 11- Associação entre violência sofrida na vida adulta e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 864).

Variáveis	Vítima (n = 171)		Não vítima (n = 693)		X ² *	Valor de p	OR**	IC***
	N	%	N	%				
Relacionamento estável								
Possui	91	53,2	400	57,7	1,13	0,29	0,83	-----
Não possui	80	46,8	293	42,3				
Raça/cor da pele								
Preta	27	15,8	118	17,0	4,90	0,29	NA	-----
Parda	97	56,7	418	60,3			****	
Branca	39	22,8	111	16,0				
Amarela/Indígena	8	4,7	49	7,0				
Estrato Social								
A	2	1,2	3	0,4	5,6	0,23	NA	-----
B	25	14,6	79	11,4				
C	75	43,9	289	41,7				
D	33	19,3	184	26,6				
E	36	21,0	138	19,9				
Atividade remunerada								
Possui	71	41,5	257	37,1	0,28	0,51	1,5	-----
Não possui	100	58,5	436	62,9				
Possui filho								
Sim	144	84,2	588	84,9	0,00	0,93	0,95	-----
Não	27	15,8	105	15,1				
Tipo de família								
Nuclear	92	53,8	451	65,1	7,47	0,00	0,62	0,44 – 0,87
Não nuclear	79	46,2	242	34,9			*****	

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** Intervalo de confiança; **** Não se aplica; ***** p < 0,01.

Tabela 12 - Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo e Estrato Social, dispostas por grupo (sofreu e não sofreu violência na vida adulta), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió - AL – 2015 (n = 865).

Variáveis	Vítima		Não vítima		t	Valor de p	IC**
	Média	dp*	Média	Dp			
Idade	41,9	14,6	41,7	16,7	- 1,14	0,90	- 2,69 – - 2,34
Anos de estudo	7,2	4,5	7,0	4,5	0,69	4,87	- 0,49 – 1,02
Estrato Social	17,1	7,7	16,6	7,0	- 0,81	0,41	- 1,69 – 0,69

Fonte: Autora, 2015.

* Desvio-padrão; ** Intervalo de confiança.

Tabela 13 - Associação entre violência sofrida na vida adulta, violência sofrida na vida adulta por natureza física, psicológica e sexual, e sexo, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).

	Sexo	Sexo	X ² *	P valor	OR**	IC***
	Feminino (N= 653) n (%)	Masculino (N= 219) n (%)				
Sofreu violência na vida adulta						
Sim	121 (18,5)	50 (22,8)	1,7	0,19	-----	-----
Não	532 (81,5)	169 (77,2)				
Sofreu violência física na vida adulta						
Sofreu	68 (10,4)	28 (12,8)	0,00	0,98	-----	-----
Não sofreu	585 (89,6)	191 (87,2)			—	
Sofreu psicológica na vida adulta						
Sofreu						
Não sofreu	78 (11,9)	24 (10,9)	3,98	0,04	1,96	1,00 – 3,83
	575 (88,1)	195 (89,1)		****		
Sofreu violência sexual na vida adulta						
Sofreu	14 (2,1)	02 (0,9)	2,39	0,12	-----	-----
Não sofreu	639 (97,7)	217 (99,1)			—	

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** Intervalo de confiança; **** p < 0,05.

5.3.3 Testemunhar violência ao longo da vida associado às variáveis sociodemográficas

A Tabela 14 dispõe sobre a análise em relação a testemunhar atos de violência ao longo da vida e as variáveis sociodemográficas. Verifica-se associação significativa entre testemunhar violência e sexo (p = 0,00); ser do sexo masculino aumentou em quase duas vezes as chances para presenciar algum episódio de violência ao longo da vida (OR: 1,98; IC: 1,46 – 2,71).

Tabela 14- Associação entre testemunhar violência ao longo da vida e as variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).

Variáveis	Testemunhou (n = 440)		Não testemunhou (n = 432)		X ² *	P valor	OR**	IC 95%	
	N	%	N	%					
Sexo									
Feminino	302	68,6	351	81,3	18,44	0,00	1,98	1,46 – 2,71	
Masculino	138	31,4	81	18,8					***
Relacionamento Estável									
Possui	250	56,8	244	56,5	0,01	0,92	-----	-----	
Não possui	190	43,2	188	43,5					
Raça/cor da pele									
Preta	68	15,4	78	18,1	3,88	0,43	NA	-----	
Parda	267	60,7	253	58,6					****
Branca	72	16,4	79	18,3					
Amarela/Indígena	33	7,5	22	5,0					
Estrato Social									
A	3	0,7	2	0,5	6,82	0,15	NA	-----	
B	61	13,9	43	9,9					
C	182	41,4	182	42,1					
D	116	26,3	104	24,1					
E	78	17,7	101	23,4					
Atividade Remunerada									
Possui	182	41,4	149	34,5	4,37	0,03	0,75	0,57 – 0,98	
Não possui	258	58,6	283	65,5		*****			
Possui filho									
Sim	368	83,6	371	85,9	0,85	0,35	-----	-----	
Não	72	16,4	61	14,1					
Tipo de família									
Nuclear	276	62,7	273	63,2	0,02	0,88	-----	-----	
Não nuclear	164	37,3	159	36,8					

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** p < 0,01; **** Não se aplica; ***** p < 0,05.

Testemunhar violência obteve associação significativa com não desenvolver atividade remunerada (p = 0,037): 41,4% dos que testemunharam violência desenvolviam atividade remunerada *versus* 34,5% que não testemunharam e que também desempenhavam atividade

remunerada (Tabela 14). As variáveis relacionamento estável, raça/cor da pele, estrato social, possuir filho e tipo de família não obtiveram diferença estatisticamente significativa entre o grupo que testemunhou e o que não testemunhou violência (Tabela 14).

A média de idade do grupo que testemunhou violência foi inferior à do grupo que não testemunhou (39,1 *versus* 44,6), havendo diferença significativamente estatística entre os grupos ($p < 0,01$). As pessoas mais jovens mostraram-se mais vulneráveis a testemunhar atos de violência (Tabela 15).

A média de anos de estudo foi superior no grupo que testemunhou violência (8,2 *versus* 6,6), com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,01$). Uma das possíveis explicações é que as pessoas que possuem maior média de anos de estudo tiveram um maior contato com outras pessoas no ambiente escolar e até mesmo no trajeto até a escola, e assim estiveram mais expostas a situações de violência com terceiros (Tabela 15).

As pessoas que testemunharam violência obtiveram média do estrato social superior às das que não testemunharam tais atos (17,2 *versus* 16,0), sendo constatada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,01$). O grupo com maior estrato social obteve maior chance de presenciar violência, no entanto, apesar de as médias serem diferentes, os grupos se acham no mesmo estrato social, ou seja, na Classe C, o que demonstra que não houve diferença em relação ao estrato social nos grupos estudados (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, anos de estudo e estrato social, dispostas por grupo (testemunhou e não testemunhou violência na vida), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).

Variáveis	Testemunhou Violência		Não testemunhou Violência		T	Valor de p	IC**
	Média	dP*	Média	dP			
Idade	39,1	15,0	44,6	16,8	5,08	0,00 ***	3,37 – 7,61
Anos de estudo	8,2	4,2	6,6	4,6	- 5,60	0,00 ***	- 2,27 – - 1,09
Estrato Social	17,2	7,3	16,0	6,8	- 0,81	0,01 ****	- 2,14 – - 0,25

Fonte: Autora, 2015.

* Desvio- padrão; ** Intervalo de confiança; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,05$.

5.3.4 Sobreposição de experiências de violência associada às variáveis sociodemográficas

A Tabela 16 apresenta análises de associação entre tríplice exposição à violência na vida com variáveis sociodemográficas.

Tabela 16 - Associação entre relato de tríplice exposição à violência na vida e variáveis sociodemográficas na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 872).

Variáveis	Exposto (n = 36)		Não exposto (n = 836)		X ² *	P valor	OR**	IC 95%
	N	%	N	%				
Sexo								
Feminino	25	69,5	628	75,1	0,60	0,45	-----	-----
Masculino	11	30,6	208	24,9				
Relacionamento Estável								
Possui	19	52,8	475	56,8	0,22	0,65	-----	-----
Não possui	17	42,2	361	43,2				
Raça/ cor da pele								
Preta	7	19,5	139	16,6	1,4	0,83	NA	-----
Parda	20	55,5	500	59,8			***	
Branca	7	19,5	144	17,2				
Amarela / Indígena	2	5,5	6,4	6,6				
Estrato Social								
A	1	2,7	4	0,5	6,0	0,19	NA	-----
B	3	8,3	101	12,1				
C	14	38,9	350	41,9				
D	7	19,5	213	25,5				
E	11	30,6	168	20,1				
Atividade Remunerada								
Possui	13	36,1	318	38,0	0,054	0,81	-----	-----
Não possui	23	63,9	518	62,0				
Possui filho								
Sim	26	72,2	713	85,3	4,55	0,03	0,49	0,21 – 9,53
Não	10	27,8	123	14,7		****		
Tipo de família								
Nuclear	17	47,2	532	63,6	4,0	0,05	0,51	0,26 – 0,99
Não nuclear	19	52,8	304	36,4		****		

Fonte: Autora, 2015.

* X² – Teste qui-quadrado; ** Odds Ratio; *** Não se aplica; **** p < 0,01; ***** p < 0,05.

Como pode ser observado na Tabela 16 a exposição à tríplice experiência de violência foi prevalente entre os que não possuíam filhos (27,8% *versus* 14,7% entre os não expostos à violência) e houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,03)

Também foi possível verificar significância estatística entre acumular experiências de violência e tipo de família ($p = 0,00$). A família não nuclear foi a configuração familiar prevalente entre os expostos à violência: 52,8% *versus* 36,4% entre os que não sofreram violência (Tabela 16).

As variáveis sexo, relacionamento estável, raça/cor da pele, estrato social e possuir atividade remunerada não obtiveram diferença estatisticamente significativa entre o grupo que obteve tríplice exposição à violência e o grupo não exposto (Tabela 16).

Na Tabela 17, observa-se que as variáveis média de idade, anos de estudo e estrato social não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos expostos e não expostos às tríplices experiências de violência.

Tabela 17 - Distribuição das médias, desvios-padrão, teste “t” das variáveis Idade, Anos de estudo, Estrato Social, dispostas por grupo (expostos e não exposto às tríplices experiências de violência), na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL– 2015 (n = 865).

Variáveis	Exposto às tríplices experiências de violência (n = 36)		Não exposto às tríplices experiências de violência (n = 836)		T	Valor de p	IC**
	Média	dP*	Média	dP			
Idade	39,5	13,5	41,9	16,3	0,84	0,32	- 3,09 – 7,71
Anos de estudo	7,6	4,9	7,4	4,5	- 0,20	0,84	- 1,66 – 1,35
Estrato Social	16,7	9,9	16,7	7,0	0,00 ***	0,99	- 2,38 – 2,39

Fonte: Autora, 2015.

*Desvio- padrão; ** Intervalo de confiança; *** $p < 0,01$.

5.4 Análises com associação entre exposição à violência e transtornos mentais

Essa é a categoria central do estudo; nela são realizadas as associações entre experiências de exposição à violência e a manifestação de transtornos mentais, crucial para o atendimento do objetivo geral proposto neste estudo.

É imprescindível ressaltar que os transtornos mentais possuem etiologia multifatorial. O presente estudo investigou a exposição à violência como um possível fator relacionado à manifestação de alguns dos transtornos mentais mais comumente encontrados na população. Não foram consideradas outras variáveis que podem gerar fator de confusão, ou seja, que podem interferir na manifestação dos transtornos mentais.

5.4.1 Associação entre sofrer violência na infância e transtornos mentais

Ao analisar a associação entre relato de vitimização à violência na infância e manifestação de sintomas indicativos de transtornos mentais, verificou-se associação significativa com a variável qualquer transtorno mental; para esta foi considerada a presença de no mínimo um transtorno mental do estudo. Sofrer violência na infância também se associou significativamente à depressão maior, depressão melancólica, distímia, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), fobia social, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida e risco de suicídio, fenômenos que podem ser observados na Tabela 18.

Entre os expostos à violência na infância (n =108), a taxa de prevalência para algum transtorno mental foi de 60,8%. Com base nos resultados dispostos na Tabela 13, as chances de uma pessoa que sofreu violência na infância manifestar sinais sugestivos de qualquer um dos transtornos mentais explorados no estudo foram superiores a duas vezes e meia se comparadas às que não sofreram (OR: 2,61; IC: 95% – 1,70 – 3,93).

Em comparação aos não expostos à violência na infância, verificou-se que os expostos à violência na infância apresentaram aumento nas chances em 2,60 para manifestar depressão maior, em 2,65 para depressão melancólica, em 5,12 para distímia, em 2,79 para transtorno bipolar, em 3,20 para alcoolismo atual, em 2,39 para TAG, em 2,67 para fobia social, em 2,34 para pânico atual, em 5,61 para ataques de pânico com sintomas limitados, em 3,17 para pânico ao longo da vida, e em 3,59 para risco de suicídio (Tabela 18). O abuso de álcool também foi uma condição que obteve chances ampliadas de ocorrência em mais de três vezes, no entanto considera-se apenas como tendência, devido ao valor do intervalo de confiança.

O risco de suicídio foi a segunda condição em prevalência entre os que sofreram violência na infância. A depressão maior esteve presente entre 51,9% dos que sofreram violência na infância, e o transtorno Bipolar em 26,9% (Tabela 18).

Tabela 18 - Associação entre relato de exposição à violência na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 108).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	70	64,8	20,8	0,000*	2,60	1,70 - 3,96
Não	38	35,2				
Depressão Maior						
Sim	56	51,9	30,0	0,000*	2,97	1,97 - 4,49
Não	52	48,1				
Depressão melancólica						
Sim	36	33,3	19,5	0,000*	2,65	1,70 – 4,15
Não	72	66,7				
Distímia						
Sim	23	21,3	38,2	0,000*	5,12	2,91 – 9,00
Não	85	78,7				
Transtorno Bipolar						
Sim	29	26,9	18,7	0,000*	2,79	1,71 – 4,51
Não	79	73,1				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	4	3,7	3,4	0,66	2,87	0,88 – 9,37
Não	104	96,3				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	4	3,7	2,80	0,09	2,60	0,81- 8,34
Não	104	96,3				
Alcoolismo atual						
Sim	13	12	12,34	0,00*	3,20	1,62 – 6,33
Não	95	88				
Abuso de álcool atual						
Sim	4	3,7	4,03	0,04**	3,19	0,96 – 10,56
Não	104	96,3				
TEPT						
Sim	9	8,3	3,23	0,07	1,99	0,92 – 4,29
Não	99	91,7				

Tabela 18 - Associação entre relato de exposição à violência na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 108).

(Conclusão)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TAG						
Sim	23	21,3	11,44	0,00	2,39	1,42 – 4,00
Não	85	78,7		**		
TOC						
Sim	7	6,5	2,68	0,10	2,02	0,85 – 4,81
Não	101	93,5				
Fobia social						
Sim	8	7,4	5,72	0,01	2,67	1,15 – 6,16
Não	100	92,6		**		
Agorafobia						
Sim	28	25,9	0,75	0,40	1,22	0,77 – 1,95
Não	80	74,1				
Pânico atual						
Sim	8	7,4	4,34	0,037**	2,34	1,02 – 5,33
Não	100	92,6				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	13	12	25,50	0,000*	5,61	2,66 – 11,83
Não	95	88				
Pânico ao longo da vida						
Sim	14	13	12,94	0,000*	3,17	1,63 – 6,11
Não	94	87				
Personalidade antissocial						
Sim	3	2,8	1,12	0,28	2,13	0,58 – 7,88
Não	105	97,2				
Risco de suicídio						
Sim	48	44,5	38,48	0,000*	3,59	2,35 - 5,47
Não	60	55,5				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

Ao analisar os grupos que sofreram violência na infância por natureza do ato violento (físico, psicológico ou sexual), foi observado um menor número de associações significativas de acordo com os dados das Tabelas 19, 20 e 21.

Foram encontradas tendências de associação entre violência física na infância e distímia ($p = 0,057$), e ainda com TAG ($p = 0,057$), conforme a Tabela 19.

Tabela 19 - Associação entre relato de exposição à violência física na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL - 2015 (n = 82).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	48	58,5	0,07	0,78	0,88	0,45 – 1,81
Não	34	41,5				
Depressão maior						
Sim	40	48,8	0,62	0,42	0,69	0,28 – 1,71
Não	42	51,2				
Depressão melancólica						
Sim	27	32,9	0,02	0,87	0,92	0,36 – 2,35
Não	55	67,1				
Distímia						
Sim	14	17,1	3,6	0,057*	0,38	0,14 – 1,04
Não	68	82,9				
Transtorno Bipolar						
Sim	19	23,2	2,3	0,12	0,48	0,18 – 1,23
Não	63	76,8				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	2	2,4	1,53	0,21	0,30	0,40 – 2,24
Não	24	97,6				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	2	2,4	1,53	0,21	0,30	0,40 – 2,24
Não	80	97,6				
Alcoolismo atual						
Sim	11	13,4	0,61	0,43	1,89	0,38 – 8,99
Não	71	86,6				
Abuso de álcool atual						
Sim	2	2,4	1,53	0,22	0,30	0,40 – 2,24
Não	80	97,6				

Tabela 19 - Associação entre relato de exposição à violência física na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL - 2015 (n = 82).

(Conclusão)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TEPT						
Sim	7	8,5	0,01	0,89	1,12	0,21 – 5,75
Não	75	91,5				
TAG						
Sim	14	17,1	3,62	0,057*	0,38	0,14 – 1,04
Não	68	82,9				
TOC						
Sim	5	6,1	0,08	0,77	0,79	0,14 – 4,27
Não	77	93,9				
Fobia social						
Sim	6	7,3	0,00	0,95	0,94	0,17 – 5,00
Não	76	92,7				
Agorafobia						
Sim	21	25,6	0,01	0,89	0,93	0,34 – 2,53
Não	61	74,4				
Pânico atual						
Sim	8	9,8	2,74	0,09	0,74	0,65 – 0,83
Não	74	90,2				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	9	11,0	0,36	0,54	0,67	0,19 – 2,41
Não	73	89,0				
Pânico ao longo da vida						
Sim	10	12,2	0,18	0,67	0,76	0,21 – 2,67
Não	72	87,8				
Personalidade antissocial						
Sim	2	2,4	0,14	0,70	0,62	0,54 – 7,18
Não	80	97,6				
Risco de suicídio						
Sim	35	42,7	0,42	0,51	0,75	0,30 – 1,80
Não	47	57,3				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor marginalmente significativo.

Tabela 20 - Associação entre relato de exposição à violência psicológica na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 66).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	42	63,6	1,34	0,24	1,59	0,72- 3,49
Não	24	36,4				
Depressão Maior						
Sim	38	57,6	3,00	0,08	0,16	0,10- 3,49
Não	28	42,4				
Depressão melancólica						
Sim	26	39,4	2,8	0,09	2,08	0,87 – 4,93
Não	40	60,6				
Distímia						
Sim	17	25,8	2,0	0,16	2,08	0,74 – 5,80
Não	49	74,2				
Transtorno Bipolar						
Sim	18	27,3	0,0	0,90	1,05	0,40 – 2,53
Não	48	72,7				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	3	4,5	0,33	0,56	1,95	0,19 – 19,41
Não	63	95,5				
Abuso de substância atual (não álcool)						
Sim	3	4,5	0,37	0,56	1,95	0,19 – 19,41
Não	63	95,5				
Alcoolismo atual						
Sim	6	9,1	1,39	0,23	0,50	0,15– 1,60
Não	60	90,9				
Abuso de álcool atual						
Sim	2	3,0	0,21	0,64	0,62	0,08 – 4,61
Não	64	97,0				
TEPT						
Sim	7	10,6	1,15	0,28	2,37	0,46 – 12,01
Não	59	89,4				

Tabela 20 - Associação entre relato de exposição à violência psicológica na infância e transtornos mentais na vida adulta, na amostra estudada no Bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 66).

(Conclusão)

Transtorno Mental	Vítima de violência na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TAG						
Sim	16	24,2	0,09	0,92	1,6	0,59 – 4,29
Não	50	75,8				
TOC						
Sim	5	7,6	0,33	0,56	1,63	0,30 – 8,86
Não	61	92,4				
Fobia social						
Sim	7	10,6	2,53	0,11	4,86	0,57 – 41,05
Não	59	89,4				
Agorafobia						
Sim	18	27,3	0,16	0,69	1,20	0,49 – 2,93
Não	48	72,7				
Pânico atual						
Sim	5	7,6	0,00	0,93	1,06	0,24- 4,71
Não	61	92,4				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	9	13,6	0,41	0,52	1,50	0,43 – 5,22
Não	57	86,4				
Pânico ao longo da vida						
Sim	8	12,1	0,10	0,74	0,8	0,26 – 2,58
Não	58	87,9				
Personalidade antissocial						
Sim	1	1,5	1,00	0,31	0,3	0,02 – 3,50
Não	65	98,9				
Risco de suicídio						
Sim	30	45,5	0,07	0,79	1,11	0,50 – 2,42
Não	36	54,5				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança.

Nas análises por natureza dos atos de violência em relação aos transtornos mentais, a única associação significativa obtida se deu entre sofrer violência sexual na infância e o risco

de suicídio ($p = 0,001$), conforme a Tabela 21. O risco de suicídio esteve presente em 32,4% das pessoas que sofreram violência sexual na infância; em comparação com o grupo não exposto a essa expressão de violência, o grupo de vítimas teve uma chance 4,34 maior de apresentar risco de suicídio (OR: 4,34; IC: 95% – 1,86 – 10,16) (Tabela 21).

Tabela 21 - Associação entre relato de exposição à violência sexual na infância e transtornos mentais na vida adulta na amostra, estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 37).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência sexual na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	25	66,6	0,18	0,66	1,20	0,51 – 2,79
Não	12	32,4				
Depressão Maior						
Sim	19	51,3	0,00	0,94	0,97	0,43 – 2,14
Não	18	48,7				
Depressão melancólica						
Sim	13	35,1	0,08	0,77	1,13	0,48 – 2,61
Não	24	64,9				
Distímia						
Sim	8	21,6	0,004	0,95	1,03	0,39 – 2,71
Não	29	78,4				
Transtorno Bipolar						
Sim	12	32,4	0,90	0,34	1,52	0,63 – 3,66
Não	25	67,6				
Dependência de substância						
Sim	3	8,1	0,82	0,36	0,53	0,13 – 2,09
Não	34	91,9				
Abuso substância (não álcool)						
Sim	1	2,7	0,16	0,69	0,63	0,63 – 6,27
Não	36	97,3				
Alcoolismo atual						
Sim	1	2,7	0,00	1,00	0,63	0,63 – 6,27
Não	36	97,3				

Tabela 21 - Associação entre relato de exposição à violência sexual na infância e transtornos mentais na vida adulta na amostra, estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 37).

(Conclusão)

Transtorno Mental	Vítima de violência sexual na infância					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TEPT						
Sim	5	13,5	1,98	0,16	2,62	0,65 – 10,40
Não	32	86,5				
TAG						
Sim	8	21,6	0,004	0,95	1,03	0,39 – 2,71
Não	29	78,4				
TOC						
Sim	4	10,8	1,74	0,18	2,74	0,58 – 12,99
Não	33	89,2				
Fobia social						
Sim	3	8,1	0,04	0,84	1,16	0,26 – 5,16
Não	34	91,9				
Agorafobia						
Sim	3	8,1	0,40	0,84	1,16	0,26 – 5,20
Não	34	91,9				
Pânico atual						
Sim	1	2,7	1,82	0,18	0,25	0,03 – 2,15
Não	36	97,3				
Ataque de pânico						
Sim	4	10,8	0,08	0,78	0,83	0,23 – 2,91
Não	33	89,2				
Pânico ao longo da vida						
Sim	4	10,8	0,23	0,63	0,74	0,21 – 2,54
Não	33	89,2				
Personalidade antissocial						
Sim	1	2,7	0,00	0,97	0,95	0,08 – 10,93
Não	36	97,3				
Risco de suicídio						
Sim	12	32,4	12,19	0,000*	4,34	1,86 – 10,16
Não	25	67,6				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

5.4.2 Associação entre sofrer violência na vida adulta e transtornos mentais

Sofrer violência na vida adulta obteve associação significativa com qualquer transtorno mental, depressão maior, depressão melancólica, distímia, transtorno bipolar, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TEPT, TAG, agorafobia, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida, personalidade antissocial e risco de suicídio (Tabela 22). Também obteve tendência de associação com dependência de substância atual (não álcool).

Ser vítima de violência na vida adulta, em comparação com o grupo que não foi vítima, potencializou em 2,2 as chances para manifestar algum transtorno mental, em 2,45 para depressão maior, em 2,35 para distímia, em 2,14 para transtorno bipolar, em 3,20 para alcoolismo atual, em 6,75 para abuso de álcool atual, em 2,65 para TEPT, em 2,35 para TAG, em 1,65 para agorafobia, em 2,54 para pânico atual, em 2,31 para ataque de pânico com sintomas limitados, em 2,52 para pânico ao longo da vida, em 5,87 para personalidade antissocial e em 2,40 para risco de suicídio.

Entre os que foram vítimas na vida adulta, 60,8% manifestaram ao menos um transtorno mental (qualquer transtorno mental); a segunda condição prevalente foi o risco de suicídio em 35%, seguindo tendência semelhante em relação à prevalência dessas condições entre os que sofreram violência na infância (Tabela 22).

Ao explorar a associação entre a violência sofrida na vida adulta por natureza com a manifestação dos transtornos mentais, foram obtidas associações estaticamente significativas entre sofrer violência física e qualquer transtorno mental, depressão maior, depressão melancólica e risco de suicídio; houve tendência de associação com TAG (Tabela 23).

Ser vítima de violência psicológica nessa fase da vida obteve associação significativa com dependência e abuso de substância atual (não álcool), conforme a Tabela 24. Houve associação positiva entre ser vítima de violência sexual com depressão, TEPT, TAG, ataque de pânico com sintomas limitados e risco de suicídio (Tabela 25).

No grupo que sofreu violência física quando adulto (Tabela 23), as chances a mais de manifestar qualquer transtorno mental foram de 1,95 para depressão, 2,85 para depressão maior, 2,45 para depressão melancólica e de 2,46 para risco de suicídio, em comparação com as pessoas que não sofreram violência dessa natureza. A prevalência de qualquer um dos transtornos mentais entre os que sofreram violência física foi de 67,2%, seguida por depressão maior em 50,3% e risco de suicídio em 43,7%.

Tabela 22 - Associação entre relato de violência sofrida na vida adulta e transtornos mentais, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 171).

Transtorno Mental	(Continua)					
	Vítima de violência na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	104	60,8	22,8	0,00*	2,27	1,61 – 3,20
Não	67	39,2				
Depressão Maior						
Sim	79	46,2	27,2	0,00*	2,47	1,75 – 3,49
Não	92	53,8				
Depressão melancólica						
Sim	52	30,4	21,47	0,00*	2,45	1,63- 3,60
Não	119	69,6				
Distímia						
Sim	21	12,3	9,39	0,002*	2,35	1,34 – 4,108
Não	150	87,7				
Transtorno Bipolar						
Sim	37	21,6	12,36	0,00*	2,14	1,39 – 3,30
Não	134	78,3				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	6	3,5	3,93	0,048**	2,76	0,97 – 7,88
Não	165	96,5				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	6	3,5	3,22	0,073	2,48	0,89 – 6,93
Não	165	96,5				
Alcoolismo atual						
Sim	19	11,1	15,05	0,000*	3,20	1,73 - 5,94
Não	152	88,9				
Abuso de álcool atual						
Sim	8	4,7	14,49	0,000*	6,75	2,18 – 20,92
Não	163	95,3				
TEPT						
Sim	16	9,4	9,31	0,002*	2,65	1,38 – 5,05
Não	155	90,6				

Tabela 22 - Associação entre relato de violência sofrida na vida adulta e transtornos mentais, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 171).

(Conclusão)						
Transtorno Mental	Vítima de violência na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TAG						
Sim	34	19,9	14,38	0,000*	2,35	1,49 – 3,70
Não	137	80,1				
TOC						
Sim	7	5,2	0,44	0,83	1,09	0,46 – 2,56
Não	164	94,8				
Fobia social						
Sim	8	4,7	0,92	0,34	1,49	0,65 – 3,42
Não	163	95,3				
Agorafobia						
Sim	52	30,4	7,01	0,00*	1,65	1,13 – 2,40
Não	119	69,6				
Pânico atual						
Sim	12	7,0	6,56	0,01*	2,54	1,21 – 5,30
Não	159	93,0				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	11	6,4	4,98	0,02**	2,31	1,08 – 4,92
Não	160	93,6				
Pânico ao longo da vida						
Sim	18	10,5	9,39	0,00*	2,52	1,39- 4,60
Não	153	89,5				
Personalidade Antissocial						
Sim	7	4,1	11,39	0,00*	5,87	1,84- 18,73
Não	164	95,9				
Risco de suicídio						
Sim	60	35,0	22,72	0,000*	2,40	1,66 – 3,48
Não	111	65,0				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

Tabela 23- Associação entre relato de violência física sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL– 2015 (n = 96).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência física na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	65	67,7	4,37	0,04**	1,95	1,03 – 3,60
Não	31	32,3				
Depressão Maior						
Sim	55	57,3	10,84	0,00**	2,85	1,51 – 5,36
Não	41	42,7				
Depressão melancólica						
Sim	39	40,6	10,8	0,00*	3,37	1,58 – 6,72
Não	57	59,4				
Distímia						
Sim	15	15,6	2,272	0,13	2,13	0,78 – 5,78
Não	81	84,4				
Transtorno Bipolar						
Sim	23	15,6	0,69	0,40	1,37	0,65 – 2,89
Não	73	84,4				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	3	3,1	0,095	0,75	0,774	0,15 – 3,95
Não	93	96,9				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	3	3,1	0,095	0,75	0,774	0,15 – 3,95
Não	93	96,9				
Alcoolismo atual						
Sim	14	14,6	2,672	0,10	2,390	0,82 – 6,97
Não	82	85,4				
Abuso de álcool atual						
Sim	7	7,3	3,352	0,06	5,820	0,70 – 48,38
Não	89	92,7				
TEPT						
Sim	11	11,5	1,140	0,28	1,812	0,60 – 5,46
Não	85	84,5				

Tabela 23 - Associação entre relato de violência física sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 96).

Transtorno Mental	(Conclusão)					
	Vítima de violência física na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TAG						
Sim	24	25,0	3,598	0,05*	2,16	0,96 – 4,87
Não	72	75,0				
TOC						
Sim	5	5,2	0,7	0,40	0,72	0,46 – 0,33
Não	91	94,8				
Fobia social						
Sim	6	6,3	1,212	0,27	2,433	0,47 – 12,41
Não	90	93,7				
Agorafobia						
Sim	30	31,3	0,073	0,78	1,095	0,56 – 2,11
Não	66	68,7				
Pânico atual						
Sim	7	7,3	0,025	0,87	1,101	0,33 – 3,61
Não	89	92,7				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	8	8,3	1,314	0,25	2,182	0,55 – 8,52
Não	88	91,7				
Pânico ao longo da vida						
Sim	12	12,5	0,905	0,34	1,643	0,58 – 4,60
Não	84	87,5				
Personalidade antissocial						
Sim	6	6,3	2,59	0,13	4,93	0,58 – 41,9
Não	90	93,8				
Risco de suicídio						
Sim	42	43,7	7,21	0,00*	2,46	1,26 – 4,80
Não	54	56,3				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

Sofrer violência psicológica na vida adulta aumentou em 1,06 as chances para dependência e abuso de substância atual (não álcool); a dependência e o abuso de substâncias obtiveram prevalência de 5,9% (Tabela 24).

Tabela 24 - Associação entre relato de violência psicológica sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 102).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência psicológica na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	65	63,7	0,89	0,34	0,07	0,94 – 0,34
Não	37	36,3				
Depressão Maior						
Sim	50	49,0	0,80	0,36	1,35	0,72 – 2,45
Não	52	51,0				
Depressão Melancólica						
Sim	33	32,4	0,45	0,50	1,25	0,64 – 2,46
Não	69	67,6				
Distímia						
Sim	11	10,8	0,525	0,46	0,71	0,28 – 1,78
Não	91	89,2				
Transtorno Bipolar						
Sim	19	17,6	1,35	0,24	0,64	0,31 – 1,35
Não	83	81,4				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	6	5,9	4,206	0,04**	1,06	1,02 – 1,11
Não	96	94,1				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	6	5,9	4,206	0,04**	1,06	1,02 – 1,11
Não	96	94,1				
Alcoolismo atual						
Sim	9	8,8	1,339	0,24	0,57	0,21 – 1,48
Não	93	91,2				
Abuso de álcool atual						
Sim	4	13,9	0,325	0,56	0,663	0,160 – 2,74
Não	98	96,1				

Tabela 24 - Associação entre relato de violência psicológica sofrida na vida adulta e transtornos mentais na vida, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 102).

(Conclusão)						
Transtorno Mental	Vítima de violência psicológica na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TEPT						
Sim	8	7,8	0,683	0,40	0,649	0,23 – 1,82
Não	94	92,2				
TAG						
Sim	20	19,6	0,012	0,91	0,958	0,44 – 2,05
Não	82	80,4				
TOC						
Sim	4	3,9	0,019	0,89	0,898	0,19 – 4,14
Não	98	96,1				
Fobia social						
Sim	5	4,9	0,28	0,86	1,134	0,26 – 4,90
Não	97	95,1				
Agorafobia						
Sim	33	32,4	0,451	0,50	1,259	0,64 – 2,46
Não	69	67,6				
Pânico atual						
Sim	9	8,8	1,264	0,26	2,129	0,55 – 8,16
Não	93	91,2				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	7	6,9	0,78	0,78	1,197	0,33 – 4,25
Não	95	93,1				
Pânico ao longo da vida						
Sim	11	10,8	0,018	0,89	1,07	0,39 – 2,91
Não	91	89,2				
Personalidade antissocial						
Sim	3	2,9	0,85	0,35	0,49	0,10 – 2,27
Não	99	97,1				
Risco de suicídio						
Sim	36	35,3	0,005	0,94	1,02	0,53 – 1,94
Não	66	64,7				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

A violência sexual sofrida quando adulto aumentou em 4,48 as chances para depressão melancólica, em 8,70 as chances para TEPT, em 3,68 para TAG e em 3,50 para o risco de suicídio, em comparação com os não expostos. A depressão melancólica e o risco de suicídio foram prevalentes em 62,5% entre os que sofreram violência sexual na vida adulta; o TEPT esteve presente em 37,5%, e o TAG em 43,8%.

Tabela 25 - Associação entre relato de violência sexual sofrida na vida adulta e transtornos, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 16).

(Continua)

Transtorno Mental	Vítima de violência sexual na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	12	75,0	1,49	0,22	2,05	0,63 – 6,60
Não	4	25,0				
Depressão Maior						
Sim	11	68,7	3,61	0,06	2,81	0,93 – 8,47
Não	5	31,3				
Depressão melancólica						
Sim	10	62,5	8,59	0,00*	4,48	1,53 – 13,10
Não	6	37,5				
Distímia						
Sim	4	25,0	2,651	0,10	2,71	0,78 – 9,33
Não	12	75,0				
Transtorno Bipolar						
Sim	6	25,0	2,61	0,10	2,40	0,81 – 7,10
Não	10	75,0				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	1	6,3	0,39	0,53	2,00	0,21 – 18,26
Não	15	93,7				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	1	6,3	0,392	0,53	2,00	0,21 – 18,26
Não	15	93,7				
Alcoolismo atual						
Sim	1	6,3	0,422	0,51	0,507	0,063 – 7,07
Não	15	93,7				

Tabela 26 - Associação entre relato de violência sexual sofrida na vida adulta e transtornos, na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 16).

(Conclusão)						
Transtorno Mental	Vítima de violência sexual na vida adulta					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Abuso de álcool atual						
Sim	0	0	0,866	0,35	0,94	0,91 – 0,98
Não	16	100				
TEPT						
Sim	6	37,5	16,484	0,00*	8,70	2,62 – 28,82
Não	10	62,5				
TAG						
Sim	7	43,8	6,31	0,01**	3,68	1,26 – 10,76
Não	9	56,2				
TOC						
Sim	2	12,5	3,177	0,07	4,286	0,76 – 24,14
Não	14	87,5				
Fobia social						
Sim	2	12,5	2,422	0,12	3,548	0,65 – 19,25
Não	14	87,5				
Agorafobia						
Sim	6	37,5	0,419	0,51	1,422	0,48 – 4,14
Não	10	62,5				
Pânico atual						
Sim	1	6,3	0,016	0,90	0,873	0,10 – 7,23
Não	15	93,7				
Ataque de pânico						
Sim	3	18,8	4,49	0,03**	4,24	1,00 – 17,95
Não	13	81,2				
Pânico ao longo da vida						
Sim	3	18,8	1,26	0,26	2,15	0,55 – 8,42
Não	13	81,2				
Personalidade antissocial						
Sim	2	12,5	3,17	0,07	4,28	0,76 – 24,14
Não	14	87,5				
Risco de suicídio						
Sim	10	62,5	5,82	0,01**	3,50	1,20 – 10,17
Não	6	37,5				

Fonte: Autora (2015). (1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

Essas análises demonstram alta prevalência de transtornos mentais em pessoas que sofreram violência na vida adulta. É importante ressaltar que os dados sobre violência na vida adulta apresentam maior fidedignidade se comparados aos relacionados à violência sofrida na infância pois provavelmente os últimos estão mais expostos ao viés de memória. Com isso as informações sobre violência na infância podem ser subestimadas.

Em síntese, depressão e risco de suicídio foram as condições que demonstraram maior número de associações com sofrer violência na infância ou na vida adulta. Ser exposto à violência na infância implica maior chance de apresentar distímia. Sofrer violência sexual na infância esteve atrelado a maior chance de manifestar risco de suicídio.

Sofrer violência quando adulto demonstrou maior possibilidade de apresentar abuso de álcool. A violência sexual nessa fase da vida evidenciou maior número de associações significativas, com maiores chances de apresentar TEPT e ataque de pânico com sintomas limitados.

5.4.3 Associação entre testemunhar violência ao longo da vida e transtornos mentais

Como demonstrado na Tabela 26, testemunhar atos de violência ao longo da vida associou-se de maneira significativa a qualquer transtorno mental, depressão maior, dependência de substância atual (não álcool), alcoolismo atual, TEPT, TAG, agorafobia e ataque de pânico com sintomas limitados. Verificou-se tendência para TEPT, abuso de álcool e risco de suicídio.

Conforme os dados dispostos na Tabela 26, as pessoas que testemunharam violência ao longo da vida obtiveram 1,45 de chances a mais de manifestar algum transtorno mental, 1,38 para depressão maior, 6,54 para dependência de substância atual (não álcool), 2,26 para alcoolismo atual, 1,63 para TAG, 1,38 para agorafobia, 2,22 para ataque de pânico com sintomas limitados e 5,51 para transtorno de personalidade antissocial, em comparação com as que não sofreram violência dessa natureza.

Foram condições prevalentes nesse grupo que testemunhou violência: apresentar qualquer transtorno mental e/ou depressão maior (44,8%), agorafobia (25,9%) e TAG (16,7%). Ressalta-se que sofrer violência, mesmo que de forma indireta, resulta em associações importantes com os transtornos mentais.

Tabela 27 - Associação entre relato de testemunhar violência ao longo da vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 440).

(Continua)

Transtorno Mental	Testemunhou violência ao longo da vida					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	217	44,8	7,58	0,00**	1,45	1,11 – 1,90
Não	223	55,2				
Depressão Maior						
Sim	147	44,8	4,78	0,03**	1,38	1,03 – 1,85
Não	293	55,2				
Depressão Melancólica						
Sim	91	20,7	3,22	0,07	1,37	0,97 – 1,93
Não	349	79,3				
Distímia						
Sim	31	7,0	0,006	0,94	0,98	0,58 – 1,63
Não	409	93,0				
Transtorno Bipolar						
Sim	72	16,4	6,08	0,01	1,64	1,10 – 2,44
Não	368	83,6				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	13	3,0	8	0,00*	6,54	1,46 – 29,18
Não	427	97,0				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	11	2,5	2,18	0,14	2,19	0,75 – 6,35
Não	429	97,5				
Alcoolismo atual						
Sim	31	7,0	6,45	0,01**	2,26	1,18 – 4,31
Não	409	93,0				
Abuso de álcool atual						
Sim	10	2,3	3,70	0,055*	3,32	0,90 – 12,16
Não	430	97,7				
TEPT						
Sim	28	6,4	3,89	0,049**	1,89	0,99 – 3,58
Não	412	93,6				

Tabela 27 - Associação entre relato de testemunhar violência ao longo da vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL- 2015 (n = 440).

Transtorno Mental	(Conclusão)					
	Presenciou violência ao longo da vida					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
TAG						
Sim	63	16,7	5,36	0,02**	1,63	1,07 – 2,49
Não	377	83,3				
TOC						
Sim	21	4,8	2,38	0,12	1,75	0,85 – 3,61
Não	419	95,2				
Fobia social						
Sim	18	4,1	0,74	0,39	1,37	0,66 – 2,84
Não	422	95,9				
Agorafobia						
Sim	114	25,9	4,09	0,04**	1,38	1,01 – 1,90
Não	326	74,1				
Pânico atual						
Sim	19	4,3	0,69	0,40	1,34	0,66 – 2,72
Não	421	95,7				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	22	5	4,45	0,03**	2,22	1,03 – 4, 75
Não	418	95				
Pânico ao longo da vida						
Sim	29	6,6	1,58	0,21	1,45	0,80 – 2,61
Não	411	93,4				
Personalidade Antissocial						
Sim	11	2,5	6,15	0,01	5,51	1,21 – 25,01
Não	429	97,5				
Risco de suicídio						
Sim	107	24,3	3,65	0,056	1,37	0,99 – 1,89
Não	333	75,7				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

5.4.4 Associação entre sobreposição de experiências de violência e transtornos mentais

A Tabela 28 demonstra a associação entre exposições às experiências cumulativas de violência (sofrida na infância, na vida adulta, e ainda testemunhada ao longo da vida) e transtornos mentais.

Tabela 28 - Associação entre relato de tríplice exposição à violência na vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 36).

Transtorno Mental	(Continua)					
	Sofreram tríplice exposição à violência					
	N (1)	% (2)	X ² (3)	P valor	OR (4)	IC 95% (5)
Qualquer Transtorno						
Sim	27	72,2	13,92	0,00*	3,90	1,81 – 8,41
Não	9	27,8				
Depressão Maior						
Sim	24	72,2	23,95	0,00*	5,02	2,47 – 10,21
Não	12	27,8				
Depressão Melancólica						
Sim	17	47,2	18,93	0,00*	4,33	2,20 – 8,54
Não	19	52,8				
Distímia						
Sim	8	7	12,98	0,00*	4,13	1,79 – 9,51
Não	28	93				
Transtorno Bipolar						
Sim	13	36,1	16,41	0,00*	3,93	1,93 – 8,00
Não	23	63,9				
Dependência de substância atual (não álcool)						
Sim	1	2,8	0,25	0,62	1,67	0,21 – 13,11
Não	35	97,2				
Abuso substância atual (não álcool)						
Sim	1	2,8	0,18	0,67	1,56	0,20 – 12,17
Não	35	97,2				
Alcoolismo atual						
Sim	7	19,5	15,65	0,00*	5,06	2,08 – 12,30
Não	29	80,5				
Abuso de álcool atual						
Sim	3	8,3	11,97	0,00*	7,50	1,97 – 28,57
Não	33	91,7				

Tabela 28 - Associação entre relato de tríplex exposição à violência na vida e transtornos mentais na amostra estudada no bairro Benedito Bentes, Maceió – AL – 2015 (n = 36).

Transtorno Mental	(Conclusão)					
	Sofreram tríplex exposição à violência			P valor	OR (4)	IC 95% (5)
	N (1)	% (2)	X ² (3)			
TEPT						
Sim	6	16,7	11,03	0,00*	4,31	1,69 – 11,01
Não	30	83,3				
TAG						
Sim	12	33,3	16,70	0,00*	4,09	1,98 – 8,46
Não	24	66,7				
TOC						
Sim	3	8,3	2,13	0,14	2,44	0,70 – 8,41
Não	33	91,7				
Fobia social						
Sim	3	8,4	2,50	0,11	2,62	0,75 – 9,07
Não	33	91,6				
Agorafobia						
Sim	12	33,4	2,24	0,13	1,71	0,84 – 3,48
Não	24	66,6				
Pânico atual						
Sim	5	13,9	10,53	0,00*	4,65	1,68 – 12,86
Não	31	86,1				
Ataque de pânico com sintomas limitados						
Sim	8	22,2	36,56	0,000*	9,66	3,99 – 23,40
Não	28	77,8				
Pânico ao longo da vida						
Sim	8	22,2	19,52	0,000*	5,54	2,37 – 12,91
Não	28	77,8				
Personalidade antissocial						
Sim	2	5,6	4,22	0,04**	4,41	0,94 – 20,68
Não	34	94,4				
Risco de suicídio						
Sim	20	55,6	25,39	0,00*	4,93	2,50 – 9,72
Não	16	44,4				

Fonte: Autora, 2015.

(1) Número de pessoas da amostra; (2) Percentual correspondente ao número da amostra; (3) Teste qui-quadrado; (4) Odds Ratio; (5) Intervalo de confiança; *p valor < 0,01; **p valor < 0,05.

Foram observadas associações significativas com qualquer transtorno mental, depressão maior, depressão melancólica, distímia, transtorno bipolar, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TEPT, TAG, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida, personalidade antissocial e risco de suicídio.

A experiência da tríplice exposição à violência ao longo da vida aumentou em 3,9 as chances para manifestar algum transtorno mental, comparando-se ao grupo que não esteve exposto às experiências cumulativas. Também potencializou as chances para depressão melancólica (4,33), distímia (4,13), transtorno bipolar (3,9), alcoolismo (5,06), abuso de álcool atual (7,50), TEPT (4,31), TAG (4,09), pânico atual (4,65), ataque de pânico com sintomas limitados (9,66), pânico ao longo da vida (5,54), personalidade antissocial (4,41) e risco (4,93).

Foi possível verificar que as experiências cumulativas de violência se associaram com mais força a um maior número de transtornos mentais (depressão maior, transtorno bipolar, alcoolismo, abuso de álcool, TEPT, TAG, pânico atual, ataque de pânico, pânico na vida) além de se associarem ao risco de suicídio.

6 DISCUSSÃO

Os resultados revelam que sofrer ou testemunhar violência aumenta as chances para diagnósticos na vida de transtornos mentais e risco de suicídio, sendo favorável à hipótese traçada no estudo. Sofrer violência na vida adulta esteve associado a um maior número de transtornos mentais, porém a tríplice exposição à violência ao longo da vida demonstrou maior força nas associações. Um corpo crescente de estudos nacionais e internacionais com amostras clínicas e populacionais reforça a inter-relação existente entre as diversas exposições à violência e o comprometimento da saúde mental ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento humano (MUSTANONA, LUUKKONEN, *et al.*, 2011).

Um dos objetivos do presente trabalho foi caracterizar os aspectos sociodemográficos da população estudada. Deve-se destacar o número de pessoas do sexo feminino entrevistadas - quase três vezes maior do que as do sexo masculino. Esse fato pode estar relacionado, em parte, ao período de operacionalização da coleta de dados da pesquisa, pois, majoritariamente, as mulheres se faziam presentes no lar, realizando atividades domésticas, enquanto os homens se encontravam no período de atividades laborais externas. Entre outros aspectos, transparece nesse contexto a diferenciação de papéis de gênero, traço marcante da cultura brasileira, com ênfase na região Nordeste, em que o homem ainda exerce a função de provedor da família, enquanto a mulher administra o lar, cuida dos filhos, do companheiro, e em alguns casos ainda desempenha atividades formais e ou/informais externas (PIRES, SANTOS, SILVA, 2011).

A adesão da maioria das mulheres à pesquisa também foi maior; alguns homens, quando presentes nos domicílios referenciados para a pesquisa, recusaram-se em participar. Em algumas ocasiões sugeriam a participação de mulheres que também coabitavam o mesmo local. É premente ressaltar que tradicionalmente as mulheres buscam mais os serviços de saúde; nesse sentido, o conteúdo da entrevista também pode ter influenciado a maior adesão feminina.

Ficou evidente no estudo a fragilidade educacional dos entrevistados, uma vez que mais de 50% deles cursaram apenas até o ensino médio e 11,4% não frequentaram a escola ou não chegaram a concluir nem mesmo o ensino fundamental. Em 2013, a taxa de analfabetismo⁷ no Brasil de pessoas de 15 anos ou mais de idade foi estimada em 8,5%, a taxa de analfabetismo na região Nordeste era a mais elevada do País (16,9%), e Alagoas destacou-se com uma taxa

⁷ De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) refere-se à percentagem de pessoas não alfabetizadas (de um grupo etário) em relação ao total das pessoas (do mesmo grupo etário).

quase três vezes maior que a taxa nacional (21,6%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015a).

No presente estudo foi obtida uma média de estudo de 7,4 anos, próxima à média da população brasileira de 7,6 anos em 2013 e um pouco superior à encontrada na região Nordeste, que foi de 6,6 anos em 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015a). Em 2004, países como Estados Unidos e Canadá registraram média de anos de estudo quase duas vezes maior que a do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015b).

Cabem algumas considerações para esse fato. Uma delas possivelmente está atrelada ao fator econômico, pois, como citado anteriormente, quase 50% dos entrevistados encontravam-se em classes menos favorecidas. Esse fator possivelmente dificulta o acesso à escola, favorece a saída precoce do sistema de ensino e até mesmo desmotiva ou inviabiliza o retorno aos estudos, uma vez que outras questões emergentes precisam ser priorizadas, como as necessidades financeiras e o cuidado a família.

Outras variáveis também precisam ser consideradas nesse contexto, como o difícil acesso e a baixa qualidade da educação em Alagoas, o número de escolas disponíveis no bairro, entre outros (SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE DO ESTADO DE ALAGOAS, 2009). É importante enfatizar que, apesar da ampla divulgação de maior oferta de Programas Educacionais de Alfabetização de Jovens e adultos para a “democratização do ensino” no país, pessoas que moram em regiões periféricas possuem grandes dificuldade de acesso, seja por questões estruturais, seja por particularidades individuais.

Outro objetivo proposto neste trabalho foi estudar a violência na infância e sua associação com fatores sociodemográficos e transtornos mentais. Verifica-se na literatura científica que a violência contra a criança está presente no contexto mundial, na maioria das vezes associada a violações dos direitos básicos, como acesso à educação e à saúde (ASSIS, et al., 2011).

No presente estudo (apesar de tratar-se de dados retrospectivos), sofrer violência na infância obteve associação positiva com estrato socioeconômico atual mais baixo. Algumas pesquisas indicam que crescer sob privações socioeconômicas é um terreno fértil para muitos fatores de risco psicossociais, tais como reduzido apoio social, eventos estressantes na vida, dificuldades na competência social, problemas no ambiente familiar, baixa autoestima e violência (EVANS, KIM, 2010; ASSIS *et al.*, 2011). Esses fatores resultam em estresse crônico recorrente para pessoas de baixa renda, mediante associação com fatores genéticos e riscos adquiridos, e pode limitar o desenvolvimento da criança e até mesmo contribuir para

condicionar o indivíduo à mesma classe socioeconômica durante toda a vida (EVANS, KIM, 2010; ASSIS *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que a população do nosso estudo tem uma proporção de quase 50% de pessoas em menor estrato social, o que dificulta inferências sobre a determinação socioeconômica como fator condicionante para a violência. A baixa escolaridade da população estudada também é um fator de difícil análise nesse aspecto.

Possuir configuração familiar não nuclear esteve associado negativamente à violência na infância, na vida adulta e também à tríplice exposição à violência na vida; assim, a configuração não nuclear foi um fator de proteção. Verificou-se que houve predomínio de violência intrafamiliar tanto para violência na infância como na violência sofrida na vida adulta; esses dados convergem com o contexto global atual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). E também com o contexto regional, pois os casos de violência notificados em Alagoas entre 2009 e 2013 ocorreram em sua maioria no domicílio da vítima (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2014).

O ambiente familiar pode ser o maior protetor da criança, mas também pode ser o que mais a expõe à violência (BRASIL, 2010a). A violência intrafamiliar é frequentemente invisível, muitas vezes praticada por quem deveria oferecer proteção à criança (MALTA *et al.*, 2012). Em muitas famílias, a violência é banalizada, sendo uma forma de comunicação, um padrão de convívio adquirido muitas vezes de gerações anteriores. Esse cenário é prejudicial, especialmente para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010b).

A prevalência geral de exposição à violência na infância encontrada neste estudo foi de 12,4%. Comparações de prevalências com outros estudos exigem certa cautela, uma vez que as diferentes realidades regionais, aspectos culturais e o tipo de estudo precisam ser considerados.

A prevalência de abuso físico foi de 75,9% entre os que relataram violência na infância; em relação à população geral do estudo, corresponde a uma prevalência de 9,40%. Em um estudo transversal com amostras do Rio de Janeiro e São Paulo, a prevalência de abuso físico foi de 5,9% (IC: 5,0 – 6,8) (LUZ *et al.*, 2016), inferior à encontrada no presente estudo. Uma recente pesquisa da Organização Mundial de Saúde estimou, por meio de relatos, que no mundo 25% dos adultos sofreram abuso físico quando crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Esse tipo de abuso está enraizado no tecido cultural, mundialmente, com algumas variações regionais; seis em cada dez adultos acreditam que a punição física faz parte da educação da criança (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2014). Os dados de um relatório recente da UNICEF (2014) chamam atenção para esse problema, pois um número

elevado de crianças são vítimas de abuso físico severos, desde muito pequenas, em suas próprias casas. Foi estimado que, em média, seis em cada dez crianças no mundo com idade entre 12 e 14 anos são submetidas a formas rígidas de punições físicas.

No presente estudo, o abuso na infância, de maneira geral, obteve maior prevalência no sexo feminino, porém não houve associação significativamente estatística entre os grupos. Mediante análise por natureza do ato violento, a única associação encontrada foi entre sexo e violência sexual, na qual crianças do sexo feminino tiveram mais de sete vezes mais chances de sofrer violência sexual na infância do que as do sexo masculino.

O estudo abordou ainda a violência sofrida na vida adulta e sua associação com fatores sociodemográficos e transtornos mentais. A violência sofrida na vida adulta, independentemente de sua natureza, evidenciou comportamento semelhante entre os sexos, não sendo verificadas diferenças estatísticas significativas entre esses grupos. A violência sofrida na vida adulta (geral) foi mais prevalente no sexo masculino; por natureza física foram registradas maiores taxas no sexo masculino; as violências psicológicas e também sexuais foram mais prevalentes no sexo feminino.

Provavelmente as diferenças de gênero reforçam a maior exposição das mulheres à violência na infância, sobretudo à violência sexual. Uma revisão de literatura realizada por Ribeiro, Andreoli *et al.*, 2009, apontou que as mulheres geralmente estão expostas a mais eventos traumáticos com pessoas próximas, familiares e/ou cônjuges; já os homens estão mais expostos a eventos traumáticos que normalmente ocorrem na comunidade.

Alguns estudos também demonstram a maior incidência de violência sexual nas meninas, no entanto é importante ressaltar que meninos e homens adultos também sofrem violência sexual, embora ainda seja pouco documentada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2014).

Um estudo realizado com homens atendidos em serviços de atenção primária de São Paulo revelou alta prevalência de violência sofrida pelos homens, em torno de 79% para qualquer tipo e qualquer agressor. As prevalências para violência física, psicológica e sexual foram em torno de 63,9%, 52,8% e 6,1%, respectivamente. Em relação a sofrer violência por parceiro íntimo e perpetrar, 14,2% dos homens revelaram ser vítimas e também perpetradores, enquanto 81,2% revelaram apenas perpetrá-la. O estudo revelou que os homens se envolvem em muitas situações de violência de grande magnitude, quer como vítima, quer como agressor, reiterando estudos sobre a masculinidade (SCHRAIBER *et al.*, 2012).

A maior incidência de violência psicológica e também sexual encontrada nas mulheres (na vida adulta) pode ser explicada ainda no cerne da violência de gênero. A violência de gênero

é um problema social que atinge a maioria das mulheres no mundo, independentemente da cultura; na maioria das vezes, o perpetrador dessa violência é o companheiro da vítima (violência doméstica), e em muitas vezes a mulher se vê obrigada a continuar a relação abusiva, principalmente quando existe dependência financeira do perpetrador para se manter ou criar os filhos (SILVA *et al.*, 2012).

Globalmente, os homens são expostos a um maior número de eventos traumáticos, no entanto, as mulheres ao serem expostas a tais eventos traumáticos, tendem a desenvolver mais problemas de saúde mental como resultado (RIBEIRO *et al.*, 2009). As principais hipóteses difundidas versam sobre as diferenças de gênero nos sintomas de depressão e ansiedade, que incluem fatores biológicos (estrutura e funcionamento cerebral, transmissão genética e a função reprodutora) e fatores ambientais (exclusão social, ambiente familiar e eventos de vida adversos) (RIBEIRO *et al.*, 2009). As consequências da violência de gênero, em especial a violência doméstica, têm impactos severos na saúde física e mental da mulher; essas consequências também podem se estender aos filhos, que em muitas ocasiões testemunham tais atos e também são vítimas diretas (SILVA *et al.*, 2012).

A exposição à violência na infância tem elevada prevalência na população em geral, sendo considerada um dos principais fatores de risco ambiental para transtornos mentais e suicídio (HOERTEL *et al.*, 2015). Os resultados demonstraram que as experiências de violência na infância aumentam as chances de manifestação de transtornos e risco de suicídio, corroborando a literatura especializada (HOERTEL *et al.*, 2015; FERGUSSON; BODEN; HORWOOD, 2008).

Uma das possíveis explicações é que tais experiências podem comprometer e até mesmo interromper o desenvolvimento de processos relacionados à regulação emocional, que se associam às habilidades interpessoais e ao desenvolvimento da cognição social da criança, incluindo estilos de vinculação inseguros, prejuízos na percepção emocional e processos de recompensa, aumento da impulsividade, neuroticismo e problemas de adaptação social (BECK, 1996 apud HOERTEL *et al.*, 2015; KOIZUMI; TAKAGISHI, 2014). Alguns estudos demonstram que experiências estressantes na infância podem resultar em modificações epigenéticas, como a alteração do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, resultante da hipermetilação epigenética do gene NR3C1 (CHEN; MURAD; PARAS, 2010).

Um estudo realizado com 129 crianças no Japão, dispostas em dois grupos, de vítimas e não vítimas de abuso, encontrou uma relação negativa entre o abuso de crianças e a capacidade de compreender as emoções dos outros, especialmente as emoções positivas (KOIZUMI; TAKAGISHI, 2014). Nesse contexto, crianças que vivem em ambientes com violência por

parceiro íntimo ou sofrem algum tipo de abuso ou outros tipos de maus-tratos com a família podem no futuro tornar-se perpetradores, vítimas ou intimidar vítimas (MINNA *et al.*, 2014).

O estudo demonstrou ainda que a violência sexual na infância está associada ao risco de suicídio, no entanto não se associou às demais expressões de violência na infância (psicológica e física). Um estudo com amostra nacionalmente representativa nos Estados Unidos demonstrou que as diferentes expressões de violência estiveram fortemente associadas a maiores chances de tentativa de suicídio, mais precoces e recorrentes; as associações mais intensas se deram mediante experiências de abuso sexual (HOERTEL *et al.*, 2015).

As experiências de abuso sexual estão mais fortemente associadas ao comportamento suicida do que outras formas de maus-tratos na infância, principalmente em decorrência dos prejuízos no desenvolvimento psicossocial a longo prazo (HOERTEL *et al.*, 2015). Uma das possíveis explicações é que as experiências de abuso sexual na infância possuem maior capacidade para modificar estruturas neurobiológicas envolvidas no estresse, contribuindo para o aumento da sensibilidade a depressogênicos, experiências de vida e influências ambientais (HOERTEL *et al.*, 2015).

De acordo com os resultados obtidos, sofrer violência sexual na vida adulta aumenta as chances para um maior número de transtornos mentais do que tal experiência na infância; ressalta-se, no entanto, que o abuso sexual na infância teve associação mais intensa com o risco de suicídio. A violência sexual na infância não esteve associada com outras condições psiquiátricas, divergindo de resultados de outros estudos. Uma metanálise que investigou especificamente a relação da violência sexual com diagnósticos na vida de algum transtorno mental demonstrou associações significativas com transtorno de ansiedade, depressão e tentativas de suicídio, nas quais as associações persistiram independentemente da idade ou do sexo da vítima (CHEN; MURAD; PARAS, 2010).

A violência sexual em adultos obteve maior força na associação com TEPT; apesar de a literatura apontar que o abuso sexual na infância também tem forte relação com TEPT, no presente estudo isso não foi comprovado. Uma das possíveis explicações é que o trauma mais recente, no adulto, pode influenciar mais intensamente a revivência do evento traumático (OZER *et al.*, 2003; RIZVI *et al.*, 2008; ULMAN *et al.*, 1987; ROTH *et al.*, 1997 apud LUZ *et al.*, 2016); os sentimentos de culpa e vergonha, comuns nessas vítimas, podem ser experienciados de maneira mais intensa no adulto (OZER *et al.*, 2003; FISZMAN *et al.*, 2008; PORTUGAL *et al.*, 2012; ROCHA-REGO *et al.*, 2009 apud LUZ *et al.*, 2016).

Um estudo transversal com amostra populacional do Rio de Janeiro e São Paulo demonstrou que a violência sexual na infância ou no adulto foi o maior risco condicional⁸ para o TEPT (LUZ *et al.*, 2016). A violência sexual tem natureza altamente invasiva, resultando em piores respostas individuais peritraumáticas, como a alta dissociação e imobilidade tônica, condições associadas com maior risco e pior prognóstico de TEPT (LUZ *et al.*, 2016).

Também foi estudada a associação entre testemunhar violência e fatores sociodemográficos, e ainda com transtornos mentais. Neste estudo, 50,5% (440 pessoas) dos entrevistados relataram ter testemunhado pelo menos um ato violento durante a vida; essa prevalência é um pouco inferior à encontrada em outros estudos (KADRA *et al.*, 2014); no entanto, não diminui a magnitude da alta prevalência encontrada. Em um estudo realizado com homens no Iraque, 55,4% deles relataram ter testemunhado episódios de violência; essa prevalência é relativamente próxima à obtida no presente estudo. Cabe ressaltar que o Iraque é um país marcado por conflitos e atos de violência de grande magnitude, como sucessivas guerras, sanções econômicas, violência organizada e terrorismo (AL-NUAIMI; HAMAD; LAFTA, 2015).

É demonstrado na literatura que testemunhar violência durante a infância tem impacto expressivo na saúde física e mental da criança, principalmente a violência intrafamiliar. Um estudo realizado com adultos sobre memórias de experiências adversas na infância revelou associação entre sintomas psiquiátricos e testemunhar violência parental (contra irmãos, ou contra o pai ou a mãe); testemunhar violência contra os irmãos associou-se com maior intensidade à manifestação de sintomas psiquiátricos do que presenciar violência contra os pais (TEICHER; VITALIANO, 2011).

No presente estudo, os homens tiveram duas vezes mais chances de testemunhar violência se comparado ao sexo feminino (63% *versus* 46,2% no sexo feminino, $p < 0,001$), resultado semelhante ao encontrado em outros estudos, como, por exemplo, um com amostra de sul-africanos, em que houve maior frequência de relatos de violência testemunhada por homens (33,4% *versus* 22,8%, $p < 0,0001$) (ATWOLI *et al.*, 2015); um outro realizado em Londres também obteve maior prevalência no sexo masculino (KADRA *et al.*, 2014).

No estudo de Atwoli *et al.* (2015), um total de 1.084 (27,6%) entrevistados relataram ter testemunhado trauma na vida; houve associação significativa com a manifestação de qualquer transtorno de humor ou de ansiedade; não ocorreu associação com transtornos relacionados ao uso de substâncias (ATWOLI *et al.*, 2015). Os resultados deste estudo

⁸ De acordo com Luz *et al.* (2015), o risco condicional do TEPT refere-se ao risco de desenvolver o transtorno após a exposição a eventos traumáticos.

convergem parcialmente com esses obtidos no estudo de Atwoli *et al.* (2015). Entre os transtornos de humor investigados, testemunhar violência esteve associado de maneira pouco expressiva apenas à depressão maior (OR: 1,38, IC: 1,03 – 1,85); também se associou a alguns dos transtornos de ansiedade, com menor intensidade ao TAG (OR: 1,63, IC: 1,07 – 2,49) e à agorafobia (OR: 1,38, IC: 1,01 – 1,90), e com maior intensidade ao ataque de pânico com sintomas limitados (OR: 2,22, IC: 1,03 – 4,75). Este estudo demonstrou associação com alcoolismo atual (OR: 2,26, IC: 1,18 – 4,32) e com maior intensidade associou-se à dependência de substância atual (não álcool) (OR: 6,54, IC: 1,46 – 29,18); houve tendência de associação com abuso de álcool atual ($p = 0,05$).

O estudo de Madruga *et al.* (2010), com dados do Primeiro Inquérito Brasileiro sobre álcool, que investigou a associação entre exposição precoce (infância e adolescência) à violência e manifestação de abuso/dependência de substância na vida adulta, encontrou associação significativa entre testemunhar violência entre os pais e abuso/dependência de álcool na vida adulta (OR ajustado: 2,72; IC 95%: 1,57 - 4,70). Neste estudo, violência ao longo da vida obteve associação com alcoolismo atual e dependência de outras substâncias.

Também foi estudada a tríplice exposição à violência na vida e sua associação com fatores sociodemográficos e transtornos mentais, a fim de verificar o efeito dose-resposta, ou seja, quanto maior a exposição à violência, maior a chance de manifestação de transtornos.

Verificou-se que a tríplice exposição à violência obteve maior força nas associações com a maioria dos transtornos investigados (depressão maior, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TAG, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida), bem como maiores chances de risco de suicídio. Nesse sentido, os resultados demonstraram claramente que o aumento a exposição às experiências cumulativas de violência foi associado a maior chance de manifestação de transtornos mentais.

Outros estudos sugerem que traumas cumulativos ao longo da vida possuem impactos negativos sobre a saúde física e mental. Um estudo realizado com 3.515 crianças e adolescentes na África do Sul encontrou associação entre acumular experiências adversas na infância e comportamento suicida; quanto maior o número de experiências traumáticas acumuladas, maiores as chances para tentativas de suicídio (OR: 2,46 CI, 1,00-6,05) (CLUVER *et al.*, 2015). Outro estudo com amostra populacional de 8.667 pessoas encontrou relação dose-resposta entre o número de experiências adversas na infância e o comprometimento da saúde mental (EDWARDS *et al.*, 2003).

Um estudo com amostra comunitária na Finlândia demonstrou que as chances para manifestação de sintomas depressivos persistentes aumentaram proporcionalmente ao número de experiências traumáticas sofridas ao longo da vida (TANSKANEN *et al.*, 2004).

Este estudo pode ser interpretado à luz de algumas limitações: a primeira diz respeito ao desenho transversal adotado, pela desvantagem do viés de memória; outra limitação importante foi a não utilização de um instrumento com propriedades psicométricas comprovadas para investigar as variáveis relativas à violência (para superar tal limitação foi realizado treinamento intensivo com os pesquisadores durante seis meses e aperfeiçoado o instrumento de coleta), bem como a não realização de análises de associação entre exposições à violência e comorbidades psiquiátricas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz dados importantes sobre dois fenômenos de grande magnitude: violência e transtornos mentais. Os objetivos delineados foram alcançados; a hipótese, inicialmente traçada foi validada, pois se verificou que na população estudada sofrer violência na infância, na vida adulta, testemunhar violência ou acumular tais experiências ao longo da vida estão associados a maiores chances de manifestação de transtornos mentais.

A prevalência da violência sofrida na infância foi relativamente semelhante à encontrada em outros estudos; sua ocorrência predominou no sexo feminino. A violência na vida adulta foi, em geral, mais prevalente no sexo masculino. Tanto na infância como na vida adulta sofrer violência sexual esteve mais ligado ao sexo feminino. Na vida adulta, a violência física foi mais prevalente no sexo masculino, e a violência psicológica no sexo feminino.

Sofrer violência na infância ou na vida adulta independe da natureza do ato violento. O domicílio da vítima foi o local predominante, com destaque também para a via pública, o ambiente de trabalho e escolar. Sofrer violência na infância obteve associação significativa com estrato socioeconômico mais baixo; a configuração familiar não nuclear associou-se de maneira significativa à violência na infância, na vida adulta e à tríplice exposição à violência, e foi considerada um fator de proteção.

A maior prevalência relacionada à exposição à violência foi de testemunhar ao longo da vida em mais de 50% dos entrevistados, valor próximo ao encontrado em um estudo realizado no Iraque. Um dado revelador é a magnitude dos atos violentos testemunhados, em sua maioria assaltos e homicídios; e o grande número de pessoas que não tomaram nenhuma medida. O que demonstra, supostamente, a naturalização da violência no contexto local e a falta de credibilidade da segurança pública, bem como o medo de estar envolvido como testemunha em processos judiciais.

Quanto ao estudo de associação entre exposição à violência na infância (de maneira geral) e transtornos mentais, tal manifestação de violência esteve associada à maioria dos transtornos investigados (qualquer transtorno, depressão maior, depressão melancólica, transtorno bipolar, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TAG, fobia social, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida, além de risco de suicídio), com maiores razões de chances para manifestação de ataque de pânico com sintomas limitados e distímia, respectivamente. Ao estudar a violência na infância quanto à natureza do ato, verificou-se associação significativa apenas entre violência sexual na infância e risco de suicídio.

Sofrer violência na vida adulta associou-se a uma maior variedade de transtornos (qualquer transtorno, depressão maior, depressão melancólica, transtorno bipolar, dependência de substância, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TEPT, TAG, agorafobia, pânico atual, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida, personalidade antissocial, além de risco de suicídio) se comparado a sofrer na infância, testemunhar violência ou ter tríplice exposição à violência.

Testemunhar violência ao longo da vida também obteve associação com alguns dos transtornos estudados (qualquer transtorno, depressão maior, dependência de substância, alcoolismo atual, TAG, agorafobia, ataque de pânico com sintomas limitados e personalidade antissocial), no entanto foram verificadas menores forças nas associações, com exceção para dependência de substâncias, a qual foi mais intensa se comparada aos que sofreram violência na vida adulta.

Verificou-se também que a tríplice exposição à violência se associou com um menor número de transtornos (qualquer transtorno, depressão maior, depressão melancólica, transtorno bipolar, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TEPT, TAG, ataque de pânico com sintomas limitados, pânico ao longo da vida, personalidade antissocial além de risco de suicídio) se comparada aos que sofreram violência na vida adulta. No entanto, sofrer tríplice violência na vida associou-se mais intensamente a depressão maior, alcoolismo atual, abuso de álcool atual, TAG, pânico atual, pânico ao longo da vida, ataque de pânico com sintomas limitados e risco de suicídio, reafirmando o efeito dose-resposta, tendência que vem sendo apontada em outros estudos.

A maioria das manifestações de violência revelou associação com risco de suicídio, uma condição de grande magnitude no contexto da saúde pública. As vítimas de violência sexual na infância ou na vida adulta tiveram em torno de três vezes mais chances de risco de suicídio. O transtorno de estresse pós-traumático obteve associação com violência sexual na vida adulta, com razão de chances superior a oito vezes mais para sua ocorrência nessas vítimas; não foram encontradas associações significativas entre sofrer violência sexual na infância e TEPT, divergindo um pouco da literatura especializada.

Os resultados deste estudo corroboram as evidências existentes sobre a importância da prevenção à violência e do apoio adequado às vítimas como forma de atenuar o sofrimento psíquico associado e prevenir mais precocemente prejuízos mais severos à saúde mental do indivíduo. Os profissionais de saúde, em especial os da atenção básica, devem acolher as vítimas de violência, compartilhar o cuidado com outros setores e serviços e oferecer suporte psicossocial adequado, articulado à rede de equipamentos disponíveis na região como Centro

de Referência para apoio às vítimas de violência e serviços de assistência social. Ações de matriciamento devem ser fortalecidas mediante articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que podem oferecer apoio especializado.

Como bem delimitado na literatura científica, a relação entre violência e transtornos mentais segue uma via de mão dupla, uma vez que a violência predispõe a maiores chances para manifestar transtorno; por outro lado, pessoas com transtornos mentais são mais vulneráveis a tornar-se vítimas de violência.

Pode-se ainda, através dos resultados obtidos, refletir sobre contribuições para a prática clínica da enfermagem, pois o enfermeiro, inserido em vários pontos da rede de atenção à saúde, tem um olhar sensível para identificar pessoas vulneráveis, oferecer apoio inicial e acolhimento, e também direcionar ações para a prevenção da violência.

A violência tem ligação intrínseca com o campo da saúde mental, necessitando compor de maneira prioritária a agenda da Reforma Psiquiátrica. Assim, gestores e profissionais de saúde articulados com outros setores necessitam discutir de maneira mais ampla essa inter-relação e propor intervenções convergentes com as necessidades locais.

Mediante tais resultados, sugerem-se alguns focos de intervenções para profissionais de saúde e gestores: 1) identificar precocemente vítimas de violência na infância e oferecer apoio adequado; 2) adotar estratégias globais para prevenção à violência, não focando apenas em grupos específicos; 3) promover a resiliência entre as pessoas que já experimentaram violência na vida; 4) investigar histórico de exposição à violência entre as pessoas que possuem diagnósticos de transtornos mentais ou sintomas indicativos; 5) adotar estratégias de mediação de conflitos.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para aumentar a discussão sobre esses fenômenos no contexto local. Pretende-se realizar a divulgação dos resultados por meio de artigos científicos, mediante relatório para a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e para a Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas, participação em eventos, e também para a população do bairro.

Reitera-se que este é o primeiro estudo de base populacional em Alagoas que investigou a relação entre exposição à violência e transtornos mentais. É premente a necessidade de realização de outros, com desenhos semelhantes nos demais bairros da Capital e em outras cidades no interior do estado, tendo em vista a magnitude que o fenômeno da violência tem no contexto local e a escassez de estudos que investigam a epidemiologia dos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- AGUDELO, S. F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1997, p. 39 -62.
- AL-NUAIMI, M. A.; HAMAD, R. A.; LAFTA, R. K. Effects of witnessing or exposure to community violence on mental health of Iraqi men. **Qatar Medical Journal**. [S.L.], ed. 9, v. 1, p. 1-9, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4614324/pdf/qmj.2015.01.010.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014, p. 1-992.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, ed. 22, v.3, p.106-15, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003>. Acesso em: 02 fev. 2015.
- ASSIS, S. G. et al. Socioeconomic development, family income, and psychosocial risk factors: a study of families with children in public elementary school. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. S209-S221, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- ASSIS, S. G. D. et al. Family, school and community violence and problem behavior in childhood: results from a longitudinal study in Brazil. **Paediatrics Today**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 36-48, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.paediatricstoday.com/index.php/pt/article/view/5>>. Acesso em: 04 jun. 2015.
- ATWOLI, L. et al. Association between witnessing traumatic events and psychopathology in the South African Stress and Health Study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. [S.L.], v. 50, n. 1, p. 1235-1242, ago. 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-015-1046-x>>. Acesso em: 28 jan.2016.
- BARBOSA, J.; LIMA, C. **Bairros de Maceió**. Maceió, 2011. Disponível em: <<http://www.bairrosdemaceio.net/site/index.php?Canal=Bairros&Id=11>>. Acesso em: 07 set. 2015.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, J.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional Santos, 2010. 213 p. Tradução de: Juraci A. Cesar.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopses por setores, 2010a**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Agregados por setores censitários dos resultados de universo**. Rio de

Janeiro: 2015a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_agregado.shtm>. Acesso em: 16 agosto 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2013/ IBGE**. 2 ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015b. 296 p.

_____. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 jul.1990, Seção 1, p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 68 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. p. 104.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: [s.n.], 2010c. 132 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015.

_____. Portaria nº 737, de 16 de maio 2001. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 2001.

_____. Portal da Saúde. **Programa Pesquisa para o SUS, 2014**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/362-sctie-raiz/decit-raiz/ppsus/11-ppsus/9403-teste-ppsus-i>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

_____. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

CHEN, L.; MURAD, M.; PARAS, M. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**. [S.L.], v. 7, n. 11, p. 618–629, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC2894717/>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

CLUVER, L. et al. Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: a prospective study. **Jornal Adolesc Health**. [S.L.], v. 57, n. 5, p. 52-59, set. 2015. Disponível em: <[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00084-1/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00084-1/fulltext)>. Acesso em: 07 fev. 2016.

- DAHALBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências e Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 11, p. 1163-1178, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.
- DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A. History of violence as a public health issue. **AMA Virtual Mentor**. [S.L.], v. 11, n. 2, p. 167-172, 2009. Disponível em: <<http://journalofethics.ama-assn.org/2009/02/mhst1-0902.html>>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- DOMENACH, J. M. La violencia. In: A. JOXE, O. **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981, p. 33-47.
- EDWARDS, V. J. et al. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. **The American Journal of Psychiatry**. [S.L.], v. 160, p. 1453-1460, 2003. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- EVANS, G. W.; KIM, P. Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status–health gradient. **Annals of the New York Academy of Sciences**. [S.L.], v. 1186, p. 174-89, fev. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632200905336.x/abstractjsessionid=0E5C5309622267290800BA505D2C32E4.f01t02>>.
- FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. **Child Abuse & Neglect**. [S.L.], v. 32, p. 607 – 619, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213408000732>>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- FILHO, N. D. A.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 728.
- FRIEDMAN, M. S. et al. A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. **American Journal of Public Health**. [S.L.], v. 101, p. 1481- 1494, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134495/>>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 20, p.1879- 1890, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 173 - 8, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035/2787>>. Acesso em: 03 out. 2015.
- HOERTEL, N. et al. Childhood Maltreatment and Risk of Suicide Attempt. **Jornal Clin Psychiatry**. New York, v. 76, n. 7, p. 916-23, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2015/v76n07/v76n0720.aspx>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

HOERTEL, N. et al. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. **J Clin Psychiatry**. [S.L.], v. 7, p. 916-23, jul. 2015. Disponível em: <<http://psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2015/v76n07/v76n0720.aspx>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

INSTITUTO ARNON DE MELLO. **Enciclopédia Municípios de Alagoas**. Maceió: [s.n.], 2012. 540 p. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/525211-Enciclopedia-dos-Municipios-de-Alagoas/>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

JORGE, M. H. P. D. M.; YUNES, J. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP**. São Paulo, n. 51, p. 114-127, set./nov.2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35105/37844>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

JÚNIOR, G. B. L. **Rede de Esgoto sanitário do Bairro do Benedito Bentes**. 2009. 137 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Civil) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Alagoas, 2009.

KADRA, G. et al. Investigating exposure to violence and mental health in a diverse urban community sample: data from the South East London Community Health (SELCoH) survey. **PLoS One**. [S.L.], v. 9, n. 4, p. 01-12, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0093660&representation=PDF>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

KLINBERG, O. Las causas de la violencia. In: A. JOXE, O. **La violencia y suas causas**. Paris: Unesco, 1981. p. 119-132.

KOIZUMI, M.; TAKAGISHI,. The Relationship between Child Maltreatment and. **PLOS ONE**. [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1- 4, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0086093&representation=PDF>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, R. A. E. A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 421.

LUZ, M. P. et al. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. **Journal of Psychiatric Research**. [S.L.], v. 72, p. 51 - 57, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395615003003>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

MADRUGA, C. S. et al. Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood—The first Brazilian national survey. **Addictive Behaviors**. [S.L.], v. 36, p. 251-255, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460310002996>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

MALTA, D. C. et al. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 17, n. 9, p. 2247-2258, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>

.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900007&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MELLO, M. F. D.; MELO, A. D. A. F. D.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Atmed, 2007.

MELO, G. B. et al. Transtornos Mentais e a Clínica em Enfermagem: Uma análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 9, n. 3, p. 7161- 8, mar. 2015. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MINAYO, M. C. D. S. **Violência e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Acesso em: 15 ago. 2015.

MINAYO, M. C. D. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: KATHIE NJAINE (ORG.), E. A. **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, p. 384.

MINNA, R. M. et al. Neglect Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. **Child Abuse & Neglect**. [S.L.], v. 38, p. 2021- 2032, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228274/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MUSTANONA, S. et al. Is exposure to domestic violence and violent crime associated with bullying behaviour among under age adolescent psychiatric inpatients? **Child Psychiatry & Human Development - Springer Journals**. [S.L.], v. 2, n. 4, p. 495 - 506, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10578-011-0222-9>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ODÁLIA, N. **O que é violência**. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

OLIVEIRA, J. A. A. D. Da agressividade à violência: um estudo de caso sobre a tendência antissocial na conduta da criança. **Revista Polêmica**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 45-57, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/viewFile/2748/1870>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PERES, F. S. Agressividade e violência no cenário contemporâneo: contribuições winnicottianas. **Cad. Psicanál**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 24, p. 41-52, jul. 2011. Disponível em: <http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno24_pdf/15_CP_24_AGRESSIVIDADE_E_VIOLENCIA.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

PIRES, F. F.; SANTOS, P. O. S.; SILVA, K. R. Elas decidem? Analisando o Papel Familiar da Mulher a partir do Programa Bolsa Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. [S.L.], v. 16, p. 108 -119, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/n17/8.%20PIRES,%20SANTOS,SILVA%20UFPB%20PBF%20108-%20119.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

REES, S. Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. **BMC**

Psychiatry. v. 14, n. 312, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/312>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

RIBEIRO, S. et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS ONE**. [S.L.] v. 8, n. 5, p. 63545 - 63545, maio 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063545>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, p. 49 -57, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009000600003&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jan. 2016.

RISTUM, M.; BASTOS, A. C. D. S. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. **Ciência e Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 9, n. 1, p. 225-239, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19839.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. D. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 728 p.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidade e violência: um estudo em serviços de atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**. [S.L.], v. 15, p. 790-803, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n4/11.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE DO ESTADO DE ALAGOAS. Secretaria de estado da educação e do esporte do estado de Alagoas. **Projeto de cooperação técnica MEC-PNUD-SEE/AL**. [S.L.], p.1 – 19, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **Saúde Alagoas: Análise da Situação de Saúde Maceió – AL**. Maceió, 2014, p. 133.

SILVA, P. A. et al. A violência contra a mulher no âmbito familiar: estudo teórico sobre a questão de gênero. **Enferm. Glob**. Múrcia, v. 11, abr. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200017&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.

STEIN, D. J. et al. Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from World Mental Health Surveys. **PLoS ONE**. [S.L.], v. 5, n. 5, maio 2010. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010574>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

SUMNER, S. A. et al. Violence in the United States, Challenges, and Opportunities. **JAMA**. [S.L.], v. 314, p. 478-488, ago. 2015. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

TANSKANEN, A. et al. Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms – a population-based study. **Nordic Journal of Psychiatry**. [S.L.], v. 58, p. 459-464, 2004. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039480410011687?tab=permissions>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

TEICHER, M. H.; VITALIANO, G. D. Witnessing Violence Toward Siblings: An Understudied but Potent Form of Early Adversity. **Plos One**. [S.L.], v. 6, n. 12, p. 1- 10, dez. 2011. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0028852>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, R. A., et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 665.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Hidden in plain Sight: a statistical analysis of violence against children**. New York: UNICEF, p. 2-2006, 2014.

VILHENAI, J. D.; MAIAII, M. V. Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento antissocial e sua inscrição na cultura contemporânea. **Revista Mal Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 2, set. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482002000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 jan. 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: FLASCO Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php>. Acesso em: 02 ago. 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência: Mortes matadas por arma de fogo**. Brasília: UNESCO, 2015. Disponível em: <www.juventude.gov.br/juventudeviva>. Acesso em: 02 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention**. Geneva: 2014. 292 p.

WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS INITIATIVE. **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório**. Lisboa, p. 1-60, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, ,
tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: **A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**, sob coordenação da **Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque** e vice-coordenação da **Profa. Dra. Mércia Zeviani Brêda**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a conhecer a proporção ou magnitude dos transtornos mentais e uso de crack, álcool e outras drogas entre a população residente em Maceió/Alagoas, iniciando pelo bairro Benedito Bentes;
- Que o estudo será feito com a aplicação de questionários que abordam aspectos sociais, econômicos e de saúde mental dos entrevistados.
- Que o estudo começou em agosto de 2013 e terminará em agosto de 2015;
- Que os resultados que se desejam alcançar são conhecer a ocorrência dos transtornos mentais comuns, do uso de drogas e os fatores que os determinam entre a população residente de Maceió-Alagoas;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são emocionais, não havendo riscos a minha saúde física e que contarei com a assistência da pesquisadora para ter um encaminhamento necessário, caso seja identificado algum transtorno que precise de avaliação e/ou tratamento;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, será uma melhor atenção a saúde da população residente em Maceió;
- Que, sempre que desejar, será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que a importância deste estudo é que, com os dados obtidos, haverá a possibilidade de planejar e operacionalizar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Maceió, desenvolvendo ações de saúde mental que minimizem os efeitos e as ocorrências de transtornos mentais e do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que minha participação é voluntária, não há compensação financeira;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores; portanto, não precisarei desembolsar nenhuma quantia;
- Que fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial e extrajudicial.

- Que a pesquisa será suspensa caso não se obtenha uma amostra representativa da população a ser estudada.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Ponto de referência:	
Endereço das responsáveis pela pesquisa: 1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque - Coordenadora	
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154	
2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora	
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154	
Contato de urgência: 1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – Coordenadora Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154	
2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154	
Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal (Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Maria Cicera dos Santos de Albuquerque Coordenadora da Pesquisa
	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Mércia Zeviani Brêda Vice Coordenadora da Pesquisa

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

Maceió,..... de.....,de 2015

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1-Idade: _____anos

1.2-Sexo: Masc. () Fem. ()

1.3-Estado Conjugal:

() Possui () Não Possui

1.4-Você se considera:

() Indígena () Preto/a () Pardo/a () Amarela/o () Branca

1.5-Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____

1.7 – Situação ocupacional.

() Ativo com renda

() Ativo sem renda

() Inativo com renda

() Inativo sem renda

2.7-Grau máximo de estudo que completou?

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Superior

() Pós-Graduação

() Nenhum

Anos de estudo: _____

2.HABITAÇÃO

2.1-Você reside em: () Casa () Apartamento () Outro

2.2-Número de pessoas residentes: _____

2.4-Situação: () Própria () Alugada () Cedida () Invasa () Arrendada

() Financiada () Outra: _____

3.VIOLÊNCIA

3.1- Sofreu algum tipo de violência na infância?

() Não () Sim. () Não quero comentar.

3.1.1 Se SIM, qual? () Física () Psicológica () Sexual

3.1.2- Onde?

() Na rua () No trabalho () Na escola () Em casa () Outro lugar

3.2- Sofreu algum tipo de violência quando adulto?

() Não () Sim. () Não quero comentar.

3.2.1 Se SIM, qual? () Física () Psicológica () Sexual

3.2.2 Onde?

() Via pública () No trabalho () Na escola () Em casa () Outro lugar

3.3- Já presenciou algum tipo de violência? () Não () Sim

3.3.1- Se sim, qual?

() Assalto () Homicídio () Agressão física () Suicídio () Violência sexual

() Outros

3.4- Se SIM em 3.1, 3.2 ou 3.3, nas situações de violência quais as medidas tomadas?

() Não faz nada () Procura a polícia () Procura liderança comunitária () Usa o Disque Denúncia () Outros

3.5- Você tem problemas com a justiça/polícia?

() Não () Sim Qual? _____

3.6- Você teve problemas com a justiça/polícia?

() Não () Sim Qual? _____

4.FAMÍLIA

4.1- Tipo de família:

() Nuclear () Reconstituída () Ampliada () Monoparental

4.2- Quem é o responsável da família?

() Pai () Mãe () Tia () Avó () Outro

4.3 Qual a dinâmica da família?

() Harmoniosa () Conflituosa () Negligente

5.ACESSO À REDE DE SERVIÇOS

5.1- Você tem acesso a estes serviços da rede?

Segurança () Sim () Não

Educação () Sim () Não

Saúde () Sim () Não

Assistência social () Sim () Não

Habitação () Sim () Não

Transporte () Sim () Não

Comunicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cultura, esporte e lazer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Saneamento básico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Trabalho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Coleta de lixo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

5.2- Como você se sente em relação à qualidade da rede de serviços?

Segurança	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Educação	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Saúde	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Assistência social	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Habitação	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Transporte	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Comunicação	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Cultura, esporte e lazer	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Saneamento básico	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Trabalho	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente
Coleta de lixo	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente

5.3- Quais são os recursos comunitários que você tem acesso?

- Nenhum Prefeitura comunitária Associação Cooperativa Sindicatos Grupos religiosos ONG Grupo de jovens Grupo de mulheres Grupo de idosos
 Grupo esportivo

5.4- Tipo de convênio/seguro de saúde?

- Plano de saúde público
 Plano de saúde privado
 Suplementar

ANEXOS

ANEXO A- Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)**M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3//F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3//F31.2				
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</i>	

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

NÃO	SIM
<i>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</i>	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM:			
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3	→		
	OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?	NÃO	SIM	

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12
- COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A FL.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
		<i>Agorafobia Atual</i>		

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO → passar a H4	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a H4	SIM	2
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
obsessões				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
compulsões				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		→ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA "SIM" ?		NÃO SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL		

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

J2 Nos últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

*DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL
ATUAL*

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ÁLCOOL
ATUAL*

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOOLICAS)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→ SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?	→ NÃO SIM		
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram <i>somente</i> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO SIM 18		
c	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i>		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i>		

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNOSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1
Durante os últimos 3 meses:				
M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</i>	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ PASSAR A N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM

*BULIMIA NERVOSA
ATUAL*

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

*ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL*

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
		DE O3 A O3f COTAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JA EXPLORADO ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?	NÃO	SIM	
			<p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P1 Antes dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas de propósito ? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas de propósito? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM | 6 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ? | NÃO | SIM | 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM | 8 |
| c | Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM | 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

ANEXO B- Identificação do Estrato Socioeconômico

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTRATO SÓCIO-ECONÔMICO
Pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2014

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Escolaridade da pessoa de referência	Quantidade
Analfabeto/Fundamenta I incompleto	0
Fundamento I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Estrato	Pontos de corte	Classificação	
Estrato 1	43 -100	A	Alta classe alta
Estrato 2	37 -42	B1	Baixa classe alta
Estrato 3	26 - 36	B2	Alta classe média
Estrato 4	19 - 25	C1	Média classe média
Estrato 5	15 - 18	C2	Baixa classe média
Estrato 6	11 - 14	D	Vulnerável
Estrato 7	0 - 10	E	Pobre e extremamente pobre

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MACEIÓ - ALAGOAS

Pesquisador: Cicera Albuquerque

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19238713.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 608.613

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico dos transtornos mentais e o uso de drogas no bairro do Benedito Bentes. Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo e de natureza descritiva. Cenário: no município de Maceió, elegeu-se o bairro do Benedito Bentes para dar início a esta investigação, por ser um dos mais populosos desta capital e por ser uma das áreas de prioridade no plano "Crack é possível vencer". No censo de 2010 atingiu um universo populacional de 88.084 habitantes. Amostra: probabilística e aleatória simples, será constituída por indivíduos acima de 15 anos, compor-se-á de 400 indivíduos, tomando-se como referência a população domiciliada do bairro do Benedito Bentes segundo dados do IBGE. Coleta de dados: os dados serão primários, obtidos por meio da aplicação de entrevistas face a face com pesquisadores treinados para aplicar o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), instrumento da World Health Organization (WHO) que permite avaliação em diferentes culturas e em populações com diferentes níveis de desenvolvimento. Questionário de informações complementares será utilizado para levantar informações biossociodemográficas, tais como idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade, carga horária, nível de ensino, dentre outras.

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com