



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROZILAINE REDI LAGO

**VIOLÊNCIA AUTO-REFERIDA EM RIO BRANCO – AC: INQUÉRITO
POPULACIONAL (2007-2008)**

RIO BRANCO – AC

2009

ROZILAINE REDI LAGO

**VIOLÊNCIA AUTO-REFERIDA EM RIO BRANCO – AC: INQUÉRITO
POPULACIONAL (2007-2008)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa:

Processo Saúde-Doença:
Epidemiologia e Atenção à Saúde.

Primeira orientadora: Prof^a. Dr^a.
Terezinha de Freitas Ferreira.
Segunda orientadora: Prof^a. Dr^a.
Rosalina Jorge Koifman.

RIO BRANCO - AC

2009

AGRADECIMENTOS

Principalmente a Deus pela vida, misericórdia e oportunidades. A minha amada família, em especial ao meu esposo, pela paciência e apoio para comigo diante de um noivado e início de casamento com sabor de mestrado.

À Universidade Federal do Acre, por meio da equipe de planejamento, coordenação e professores do pioneiro Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela competência, seriedade e dedicação que empreenderam em nossa formação.

Aos professores da FIOCRUZ pelo compromisso com o desenvolvimento acadêmico-científico do Norte do País, pelo bom-humor e paciência com que conduziram nosso processo aprendizado.

Aos colegas do mestrado por compartilharem preocupações, alegrias, churrasquinhos, biscoitinhos, dúvidas de análise de dados, contribuições do campo da pesquisa científica e do campo da amizade.

Ao colega de profissão e mestrando Thiago de Souza Araújo pela paciência e trabalho no banco de dados do inquérito.

Ao Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz pelo empenho em fortalecer a pós-graduação da UFAC ao elaborar e conduzir importantes projetos como o do inquérito “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC”.

As minhas orientadoras: Professora Dr^a. Terezinha de Freitas Ferreira, pelo jeito especial de ser e de me orientar neste tema tão peculiar e a Professora Dr^a. Rosalina Jorge Koifman, por suas substanciais contribuições neste trabalho, marcadas por vasta experiência e legitimidade.

A todos vocês, e muitos outros, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A violência constitui um problema multidimensional e inter-setorial assumindo grande diversidade tanto para agentes, quanto para suas vítimas. A escassez de estudos sobre violência e inexistência de informações de base populacional no Acre motivaram a realização deste estudo. Nesta dissertação, são apresentados artigos que abordam a violência auto-referida por adultos no inquérito populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” (2007-2008), o qual reuniu 1516 indivíduos, por meio de amostragem estratificada, por conglomerados. O primeiro artigo apresenta a caracterização das vítimas de violência e a estimativa de risco para sofrer violência, ambas em função de variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. O segundo artigo apresenta o perfil das vítimas de violência auto-referida e características dos respectivos agressores nos eventos violentos ocorridos nos últimos 12 meses. Cerca de 1/3 da população relatou vitimização por violência; destes, a maioria trabalhava, com renda familiar mensal inferior a 2 salários mínimos; sentiram-se deprimidos no último mês, além de apresentar limitações no desempenho de atividades. O relato de violência no último ano demonstrou a predominância de violência física, por espancamento, infligida por um agressor do sexo masculino, na residência da vítima ou em uma via pública. Os achados confirmam a associação da violência à situação socioeconômica desfavorável, comportamentos de risco ou percepção de saúde insatisfatória e apontam a predominância de violência doméstica e intrafamiliar nos adultos residentes em Rio Branco, reforçando a necessidade de direcionar políticas públicas intersetoriais de prevenção e manejo da violência que considerem os arranjos familiares atuais, enfocando o arcabouço social e outros recursos de apoio.

Palavras-chave: violência intrafamiliar, violência de gênero, prevalência de violência.

ABSTRACT

The violence is a multidimensional and intersectoral problem and of great diversity for both agents, as for their victims. The scarcity of studies on violence and need of information from population-based Acre motivated this study. In this thesis, are present articles about self-reported violence by adults in a population survey "Health and Nutrition Survey of Adults and Children of Rio Branco - AC" (2007-2008), which brought together 1516 people, using stratified sampling by cluster. The first article presents the characteristics of victims of violence and the estimated risk for violence, in conditions socioeconomic, demographic, behavioral and health. The second article presents a profile of victims of violence and self-reported characteristics of their perpetrators in violent events over the past 12 months. About 1/3 of the population reported victimization and of these, most worked, with monthly income family below 2 minimum salaries, felt depressed in the last month, and have limitations in performing activities. The reported violence over the past year showed the prevalence of physical violence, beatings, inflicted by a male perpetrator in the victim's residence or a public road. The findings confirm the association of violence with unfavorable socioeconomic conditions, risk behavior or perception of poor health and point to the predominance of domestic and family violence in adults living in Rio Branco, reinforcing the need for direct intersectoral public policies for prevention and management of violence consider the current living arrangements, focusing on the social framework and other support resources.

Key words: family violence, gender violence, prevalence of violence.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	
Listas de Tabelas, Quadros e Figuras	
1. Introdução	01
2. Revisão de Literatura	07
3. Justificativa	12
4. Objetivos	13
4.1. Objetivo Geral	13
4.2. Objetivos Específicos	13
5. Artigo 1	14
Resumo	15
Abstract	16
1. Introdução	17
2. Metodologia	20
2.1. Delineamento, amostragem, população de estudo e coleta de dados	20
2.2. Instrumento de aferição e variáveis	20
2.3. Processamento e análise dos dados	21
3. Resultados	22
4. Discussão	29
5. Referências (Artigo 1)	33
6. Artigo 2	37
Resumo	38
Abstract	39
1. Introdução	40
2. Metodologia	42
2.1. Delineamento, amostragem, população de estudo e coleta de dados	42
2.2. Instrumento de aferição e variáveis	42
2.3. Processamento e análise dos dados	43
3. Resultados	45
4. Discussão	51
5. Referências (Artigo 2)	54
7. Considerações Finais	57
8. Referências (Dissertação)	58

9. Anexos	64
Anexo 1: Parecer do CEP	65
Anexo 2: Instrumento de Coleta de Dados	66
Anexo 3: Percentual de Resposta nos Domicílios	70

LISTA DE ABREVIATURAS

BC	Biblioteca Central
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAAO	Faculdade da Amazônia Ocidental
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Taxa de Mortalidade
UFAC	Universidade Federal do Acre
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNINORTE	União Educacional do Norte

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

5. Artigo 1

- Tabela 1:** Distribuição das variáveis sócio-econômicas e demográficas da população, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*). **24**
- Tabela 2:** Distribuição das variáveis sobre comportamentos de risco e saúde da população, segundo relato de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*). **25**
- Tabela 3:** Prevalência de características sócio-econômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde e respectivas Razões de Prevalência brutas e ajustadas na população, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*). **26**
- Tabela 4:** Modelo de regressão de Poisson final explicativo das características sócio-econômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde associadas à vitimização por violência em Rio Branco - AC, 2007-2008 (n= 476*). **28**

6. Artigo 2

- Tabela 1:** Prevalências de características sócio-econômicas e demográficas na população, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*). **47**
- Tabela 2:** Prevalências de características de comportamentos de risco e percepção de saúde, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*). **48**
- Tabela 3.** Descrição das características da agressão e agressor prevalentes nos eventos violentos, conforme relato das vítimas, Rio Branco – AC (2007-2008) (n=119*). **49**
- Figura 1.** Temporalidade do(s) evento(s) violento(s) referidos por adultos residentes em Rio Branco – AC, de acordo com o momento da entrevista (2007-2008) (n=476). **50**

1. INTRODUÇÃO

Para falar de violência é preciso aproximar-se de um conceito, podendo considerá-la como um fenômeno histórico-social que afeta a dignidade humana, variando sua conceituação desde a simplicidade do dicionário até magnitude cultural-subjetiva de um indivíduo, uma comunidade ou uma nação. Ela manifesta-se como um desrespeito, privação do direito ou justiça à vítima, gerando-lhe sofrimento e/ou constrangimento físico, psíquico e até moral (MINAYO & SOUZA, 1999; LUFT, 2000; PORTO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, conceituou a violência como *"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 a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação"*, enfatizando a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Trata-se do uso do poder por meio de ameaças, agressões, intimidações, negligências ou omissões. Entretanto, a conceituação de violência, do ponto de vista da vítima, utilizada pela OMS é incompleta, deixando de mencionar aquela violência que é produzida de forma involuntária ou acidental (KRUG *et al.*, 2002; SCHRAIBER *et al.*, 2006).

Historicamente, entre as questões relativas à violência discutidas na sociedade, esteve a delimitação do campo do conhecimento responsável por essa problemática. Nem sempre foi aceita a idéia de que a violência não é somente uma expressão natural da humanidade com raízes biológicas, portanto não se constitui problema específico da área da saúde, sendo, por conseguinte, atualmente afrontada como uma questão multidisciplinar. A violência configura-se como um "fluido" fenômeno biopsicossocial, criado e desenvolvido no cenário social, agregando uma rede de problemas políticos, econômicos, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual. A violência é apontada como *"um caminho possível [em oposição] à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização, como o mostram Hegel (1980), Freud (1974), Habermas (1980), Sartre (1980), entre outros. Na sua complexidade, a violência deve ser analisada em rede..."* (MINAYO, 1994; MINAYO & SOUZA, 1999; SCHRAIBER *et al.*, 2006).

À medida que se amplia e difundi-se mundialmente, a violência tornou-se objeto de políticas de saúde no final dos anos 80, fundamentando-se na morbimortalidade gerada por causas violentas, contribuindo para anos potenciais de vida perdidos, chamando a atenção da sociedade e demandando respostas do sistema. Na década de 90, a preocupação com o tema ganhou prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor, uma preocupação que se estende até os dias atuais (MINAYO, 1994).

Apesar da violência não ser considerada, atualmente, um problema exclusivo da área da saúde, foi reconhecida como um problema de saúde pública, de caráter endêmico, ao passo que aumentou o número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais produzidas, demandando a atenção dos serviços de saúde em todo o mundo. *“O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social”* (OPAS, 1993:01 *apud* MINAYO, 1994).

De acordo com ABRAMOVAY (2002) e colaboradores, devido à generalização do fenômeno da violência já não existem grupos sociais protegidos, ou seja, a violência não mais se restringe a determinados nichos sociais, raciais, econômicos e/ou geográficos, entretanto, considerando-se modalidades de violência, ela pode se acentuar por gênero, idade, etnia e classe social; e esta diversidade vale tanto para agentes, quanto para vítimas da violência.

No contexto prático, a violência é expressa de diversas formas, variando de acordo com o ambiente no qual ela ocorre, mecanismos de agressão utilizados, agentes agressores e vítimas da agressão, levando-se em consideração até mesmo o momento da vida em que a violência é sofrida. De acordo com os aspectos do problema, faz-se uma categorização em modalidades, tais como: violência estrutural, simbólica, violência sexual, urbana, no trabalho, doméstica, intrafamiliar, no trânsito, contra a mulher, contra o idoso, auto infligida, dentre outras. Sem esgotar o assunto, as principais modalidades de violência são brevemente descritas a seguir.

A violência sexual é definida como estímulo ou uso da sexualidade de alguém, com limitação ou contrariedade de sua própria vontade, a fim de obter a satisfação pessoal do agressor ou de terceiros, conforme apresentado por DESLANDES (1994). Esse tipo de violência, em geral, acontece no ambiente domiciliar e afeta crianças e adolescentes, envolvendo como

agressores: pessoas do convívio da vítima, que comumente, desfrutam de certo nível de confiança, sendo, principalmente, familiares. Como conseqüências desse abuso, pode-se mencionar, além das lesões físicas e genitais sofridas, a maior vulnerabilidade das vítimas a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, à aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs, à gravidez precoce e indesejada, ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), à prostituição, à depressão e ao suicídio (RIBEIRO, *et al.*, 2004).

No tocante à violência urbana, CRUZ (1999) defende que esta é compreendida como a violência inserida no contexto da cidade, manifestada, em geral, pelo assalto à mão armada, ameaças, agressões, golpes, seqüestros e homicídios mediados pela dinâmica do convívio na cidade, afetando principalmente jovens, do sexo masculino. A violência urbana está vinculada ao êxodo rural, ao crescimento desordenado das cidades, à proliferação das periferias e deficiências estruturais deste ambiente para acolher esse grande contingente populacional, ou seja, ao apoio insuficiente do arcabouço urbano para a sociedade nele constituída, o qual fomenta a violência.

A expressão da violência relacionada ao processo laboral configura a violência no trabalho, que tem baixa incidência nas estatísticas de mortalidade, porém gera morbidade importante, calculada em custos sociais: econômico-produtivos, previdenciários e de saúde. A população alvo da violência no trabalho são os trabalhadores ativos, majoritariamente em idade produtiva, submetidos a baixos salários, múltiplos vínculos de trabalho, escassez de garantias fundamentais de saúde e de segurança (MINAYO, 1994).

Violência doméstica, para ESPINOZA & CAMACHO (2005), refere-se a todo tipo de ato violento perpetrado envolvendo relações familiares, [ou apenas] de afetividade ou coabitação [incluindo personagens sem função parental], podendo ocorrer dentro ou fora do ambiente domiciliar. Apresenta-se como um sério problema para a saúde da mulher, da criança e da família, ocorrendo, geralmente, nos países em desenvolvimento, influenciada pela subordinação e hierarquia existentes na cultura familiar (ESPINOZA, 2005; BRASIL, 2002).

A violência intrafamiliar, por sua vez, consiste em “*qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família, por qualquer de seus membros*”, predominando nas estatísticas o homem adulto que abusa físico-sexualmente de mulheres e meninas; mães que

negligenciam e abusam fisicamente de seus filhos e cuidadores que abusam de idosos dependentes (BRASIL, 2002).

Caracteriza-se a violência contra a mulher quando a vítima do ato violento é a mulher, independente do ambiente ou tipo de ato violento, manifestada pela mesma sob a forma de dano: físico, sexual, psicológico, moral e/ou espiritual, advindo da privação ou coerção da liberdade, discriminação, ou agressão da mulher, podendo o ato ocorrer publica ou privativamente (ESPINOZA & CAMACHO, 2005). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, as mulheres vítimas de violência são freqüentadoras assíduas dos serviços de saúde, mas ao contrário de identificada sua situação de violência, os profissionais de saúde as categorizam como “poliqueixosas”, em razão das “queixas vagas e crônicas”, em contrapartida aos resultados dentro dos padrões normais em exames e investigações diagnósticas (BRASIL, 2002).

Para o indivíduo idoso, a violência constitui-se em um problema universal, distribuído nas diversas culturas, acometendo a população senil de todos os status socioeconômicos, etnias e religiões. A suscetibilidade dos idosos aos maus-tratos ocasiona lesões de ordem: física, sexual, emocional e, principalmente, financeira (MINAYO, 2003). Em uma sociedade que valoriza o novo, enfatiza o belo, o sucesso e o prazer a despeito do compromisso, é esperado que os cuidadores dos idosos abandonem essa responsabilidade a fim de cuidar de seus próprios interesses, pois o indivíduo velho é desvalorizado e “tem pouco a oferecer” no contexto cultural atual. Por outro lado, admiti-se que é necessário dispensar considerável tempo, recursos financeiros e atenção no cuidar do idoso, principalmente quando este apresenta diminuição ou perda da capacidade de auto-cuidado.

Um ato violento da vida moderna é a agressão no trânsito, cuja principal vítima é o pedestre. A taxa de mortalidade específica por acidentes de trânsito não mede necessariamente o grau de violência no trânsito de um país ou uma região e é aferida por meio de cálculos complexos. Para mensurar essa violência, portanto, são usados indicadores que calculam a proporção de óbitos pelo número de carros, relacionando-os com o grau de desenvolvimento das regiões e países, a proporção de frotas mais novas e de melhor qualidade, além de melhor treinamento de motoristas, legislação, sinalização, disciplina e fiscalização no trânsito (SEADE, 1977, *apud* KILSZTAJN *et al.*, 2001).

Por fim, a violência auto-infligida, subdivide-se em: comportamento suicida e agressão auto-infligida. Constituído por pensamentos e tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito, está o comportamento suicida; por outro lado, a auto-agressão inclui atos sem o objetivo de pôr fim à vida, mas de agredir-se ou punir-se, como, por exemplo, a auto-mutilação (DAHLBERG & KRUG, 2006). Esse tipo de violência, no *ranking* de mortalidade na população em geral, aparece entre as 15 principais causas de morte em pessoas de todas as idades, em todo o mundo, perdendo apenas para a violência no trânsito, na faixa etária de 15-59 anos (WHO, 2008). Desafiando o conhecimento científico, a violência auto infligida, apesar de não ser a principal modalidade de violência observada, é um importante indicador da proporção da desvalorização da vida, repercutindo na saúde mental do indivíduo que, com suporte psicoemocional insuficiente, rende-se à melhor solução a seu ver: a própria morte.

GUIMARÃES & CAMPOS (2007) confirmam o fato de a causalidade da violência ser polêmica e de difícil determinação entre os estudiosos do assunto. Os pesquisadores das ciências humanas e da filosofia consideram a violência um produto comum das relações sociais, sofrendo uma tendência à banalização ao longo do tempo, assumindo *status* de evento “comum”, sendo até “esperada” como parte de uma norma social.

Por outro lado, a maioria dos autores concorda que a violência está relacionada aos distúrbios das transformações sociais, com ênfase na precariedade das condições de vida, desigualdades, crescimento desordenado das cidades, mudanças na estrutura e dinâmica da família, problemas no sistema educacional dominante, valores equivocados transmitidos pelos veículos de comunicação em massa, política mal conduzida, uso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outros problemas (ABRAMOVAY, *et al.*, 2002; GOMES, 2004; TORRES, 2007). Acrescentam, ainda, que esta é alimentada por fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações cotidianas (CHESNAIS, 1981 e BURKE, 1995 *apud* MINAYO, 1999).

De acordo com o manual para agências de cuidado “Prevenindo a violência e reduzindo seu impacto” da World Health Organization - WHO (2008) e o guia para ministérios da saúde: “Prevenção de lesões e violência” da Organización Panamericana de la salud - OPS (2007), além da demanda por serviços de saúde calculada para cada morte por violência: dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos de emergência e milhares de consultas ambulatoriais;

os sobreviventes da violência sofrem incapacidades transitórias ou permanentes, bem como outros prejuízos à saúde, por exemplo: depressão e mudanças de conduta relacionadas com o tabagismo, transtornos alimentares, consumo de álcool e drogas (inclusive ilícitas), expansão da infecção pelo HIV, hepatites, câncer de pulmão, além de outros, ampliando essa carência de cuidados de saúde e o impacto social deste problema. A violência gera também repercussões sociais intersetoriais, como o absenteísmo no trabalho e no estudo, custos judiciais e desestruturação familiar.

Para as sociedades, a confluência dos custos diretos da violência para: saúde, justiça e assistência social representa muitos bilhões de dólares. A maioria dos custos indiretos com violência relaciona-se às perdas de produtividade e investimento no trabalho educacional em concerto com a apertada economia em desenvolvimento, acrescentadas as iniquidades socioeconômicas e a erosão humana e do capital social. As pesquisas recentes revelam que os prejuízos com a violência superam as estimativas apresentadas até então (WHO, 2008).

2. REVISÃO DE LITERATURA

As lesões por causas externasⁱ, incluindo a violência, representam 9% da mortalidade e 16% das incapacidades no mundo, sendo responsáveis por mais de 5 milhões de mortes por ano, compreendendo a maior parte das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Essa informação expressa que este problema distribui-se por todo mundo, mas de maneira desigual, segregando na humanidade até mesmo a mais elementar das oportunidades: *a de viver* (WHO/OPS, 2007). Este número de mortes por ano, em função de causas externas, se aproxima de 1/3 da população do Estado do Rio de Janeiro ou equipara-se à totalidade da população do Estado de Goiás – Brasil, anualmente.

Por meio de um estudo de casos multinacional, efetuado pelo Conselho Internacional de Enfermagem, junto a profissionais que atuavam em instituições de assistência à saúde, foram detectadas as seguintes prevalências de violência física no trabalho: Tailândia (10,5%), África do Sul (setor público: 17,0% e setor privado: 9,0%), Jamaica (7,7%), Bulgária (7,5%), Brasil (6,4%) e Líbano (5,8%) (JACKSON & ASHLEY, 2005). Essas proporções revelam a violência ocupacional à qual estão submetidos os trabalhadores da área da saúde. Considerando que este grupo de profissionais seja aquele com maior acesso e domínio dos mecanismos de manejo da violência - ao menos do ponto de vista da saúde – pressupõe-se que outros grupos populacionais, alvos de violência, com menor esclarecimento sobre o tema tenham maiores dificuldades em identificá-lo e até mesmo notificá-lo, tornando as informações disponíveis, possivelmente, subestimadas.

Um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO e Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, em 2002, ao considerar as peculiaridades pertinentes ao estágio de desenvolvimento observado na América Latina, sustenta que a violência sofrida pelos jovens possui fortes vínculos com a vulnerabilidade social na qual estão inseridos, dificultando, por conseguinte o seu acesso às estruturas de oportunidades disponíveis nos campos da saúde, educação, trabalho, lazer e cultura, apontando o papel dessas

i São as lesões causadas pelo trânsito, lesões auto infligidas, violência interpessoal, afogamentos, incêndios, lesões de guerra, envenenamentos e quedas, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

políticas sociais fundamentais como efetivos mecanismos de coerção da violência (ABRAMOVAY *et al.*, 2002).

Segundo GARFIELD & LLANTEN (2004), no contexto dos países latino-americanos, a Colômbia apresenta taxas de homicídios muito elevadas, quando comparadas com as taxas de outras nações, uma confirmação clara do papel da guerra civil na maior disponibilização de armas e fomento de homicídios por arma de fogo. Em 1995, as taxas de homicídios colombianas foram sete vezes maiores que (60,8 por 100 000 habitantes) nos Estados Unidos (8,3 por 100 000) e 30 vezes mais altas que no Canadá (1,8 por 100 000 habitantes).

Nas comparações internacionais, considerando os 67 países analisados entre 1993 e 2002, o Brasil está na 4ª posição nas taxas de homicídio na população total e em 5ª lugar nas taxas de homicídio na população juvenil, uma informação relevante para a contextualização do Brasil no mapa mundial de violência (UNESCO, 2004). Entre os Países das Américas, as taxas de mortalidade por causas externas mais elevadas se observam no Brasil, Colômbia e em El Salvador, por outro lado as mais baixas estão em: Barbados e na Jamaica. Na maioria dos países das Américas, a violência representa uma das maiores causas de incapacidades, e nos países latino-americanos os níveis de violência vêm aumentando em função dos problemas relacionados ao acesso à educação, trabalho, renda, atendimentos nos serviços de saúde, recreação e lazer, sistema judicial-penitenciário desestruturado, dentre outras oportunidades. (ABRAMOVAY *et al.*, 2002; GARFIELD & LLANTEN, 2004).

Segundo o “Manual de Estimativas de Custos Econômicos das Injúrias Causadas pela Violência Interpessoal e Autodirigida”, da OMS (WHO, 2008), o Brasil, considerado o maior e mais populoso País da América do Sul, possui um dos mais altos índices de homicídio do mundo. O homicídio é sua principal causade morte para pessoas entre 15–44 anos. O ônus brasileiro com a violência, no ano de 2004, foi estimado em 382 milhões de reais, dos quais cerca de R\$48 milhões foram gastos em custos médicos diretos com desfecho fatal gerado por violência interpessoal ou infligida. Em contrapartida, a violência que não ocasionou a morte gerou uma despesa de, aproximadamente, R\$335 milhões, compreendendo quase 90% do montante desta. Ao se considerar, além dos custos médicos diretos, quase a totalidade do prejuízo da violência (98%) deveu-se à perda de produtividade de homens e mulheres vitimados pela violência.

Partindo da relação existente entre violência e contextos socioeconômicos, importa considerar que, no Brasil, em virtude da amplitude de seu território, existem diferenças sociais importantes entre suas regiões. Ao contrário do padrão dos contrastes mundiais entre os hemisférios Norte e Sul, aqui, as piores condições de vida concentram-se especialmente nas regiões Norte e Nordeste, enquanto as melhores estão nos Estados do Sul e Sudeste do País, ao se ponderar os Índices de Desenvolvimento Humano - IDHs (ONU, 2000).

Uma análise dos dados de mortalidade feita por JORGE e colaboradores (1997) revelou que, em números absolutos, os óbitos por causas externas quase dobraram no período de 1977 a 1994, passando a ser a segunda causa de morte no País, com o maior crescimento do coeficiente em relação aos óbitos do sexo masculino, superando, naquela época, 4,5 vezes o valor dos femininos. As causas externas, especialmente óbitos por acidentes de trânsito e por homicídios, foram as principais responsáveis pela *causa mortis* dos 5 aos 39 anos, sendo a maior ocorrência na faixa etária dos 15 a 19 anos (65% dos óbitos por causas externas).

*“As capitais da região Norte apresentaram algumas das maiores taxas para o País. Na região Nordeste apenas Recife, Maceió e Salvador apresentaram níveis muito elevados em relação ao País. Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo, na região Sudeste, apresentaram os maiores coeficientes do País e Belo Horizonte apresentou declínio no período de estudo. Na região Sul houve aumento nas taxas, bem como na região Centro-Oeste. Esse aumento observado nas diferentes capitais apresentou diferencial quanto ao tipo de causa externa. Os acidentes de trânsito em Vitória, Goiânia, Macapá, Distrito Federal e Curitiba tiveram sua situação agravada. Os homicídios tiveram aumento expressivo em Porto Velho, **Rio Branco**, Recife, São Luís, Vitória, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Cuiabá e Distrito Federal. No período estudado houve o crescimento da importância das causas externas para a população brasileira, principalmente, dos homicídios.”* (JORGE et al., 1997).

Na década de 2000 esse quadro de violência se agravou, visto que, a despeito do que as pesquisas passadas mostravam, pouca interferência a sociedade e o poder público tiveram na contenção da violência, seja pela prevenção ou controle. Um importante exemplo dessa deficiente ou inexistente contenção é a inclusão de capitais como Porto Velho-RO e Rio Branco-AC no grupo daquelas com maior crescimento de homicídios, mesmo não compartilhando com o grupo características de desenvolvimento demográfico e urbano como São Paulo, Vitória e Recife, por exemplo.

O particular crescimento dos homicídios nas duas capitais da região Norte pode ter sofrido influência de algumas particularidades, como o fato de ambos Estados fazerem fronteira com a Bolívia e o Peru, estando na rota do tráfico internacional de drogas, servindo de porta entrada deste para o Brasil. Esse contexto está associado à violência urbana, demonstrada sob a forma de conglomerados de homicídios, conforme observado por LIMA e colaboradores (2005) em um estudo sobre conglomerados de violência.

“O Estado do Acre, juntamente Rio de Janeiro, Pernambuco, Mato Grosso do Sul e São Paulo, foi identificado como um dos Estados detentores dos maiores índices de violência contra jovens, ou com maior crescimento desses índices, destacando-se o fato destes Estados serem também aqueles em que se detecta a existência de redes e a maior inserção do narcotráfico” (LIMA *et al.*, 2005).

Além do narcotráfico, é necessário considerar a situação de pobreza, apontada como condição de risco para a mortalidade por causas externas, principalmente o homicídio (PAIM *et al.*, 1997).

O Estado do Acre, no âmbito da região Norte, em 2004, foi o 4º no *ranking* de Taxa de Mortalidade - TM por causas externas (64,58 óbitos por 100 000 mil habitantes), ganhando maior importância ao se ponderar que, de todas as causas externas, as TM por homicídios, somadas às TM por acidentes de trânsito, respondem por quase 73% de todas as mortes por causas externas no Estado (BRASIL, 2006).

É preciso salientar que ainda persistem problemas fundamentais pertinentes à validade das informações no Sistema de Mortalidade no Acre, levando-se em conta as barreiras de deslocamento e acesso a determinados municípios, comunidades tradicionais (p. ex. ribeirinhos, seringueiros, indígenas) impostas pela vida na floresta amazônica, além da difícil fixação de profissionais médicos qualificados nessas regiões mais afastadas, comprometendo o preenchimento e repasse dos dados sobre mortalidade, fundamentados, especialmente nas declarações de óbito. A necessidade de melhorar a qualidade da informação é condição precípua a fim de *“capacitar a sociedade a tomar decisões coerentes com os seus problemas [reais, e não subestimados ou superestimados], com vistas ao avanço da cidadania e da qualidade de vida”* (NJAINÉ, K. *et al.*, 1997).

A disponibilidade de estudos que analisem as informações sobre a violência no Estado do Acre é precária. Dos poucos trabalhos publicados, a maioria restringi-se apenas a considerações teóricas sobre o problema. Alguns estudos descreveram a violência em grupos específicos, não representativos da população em geral, por cálculos estatísticos descritivos efetuados junto a informações de bases sistemáticas, enquanto nenhum dos estudos usou uma amostra de base populacional. É possível que existam outros estudos, os quais não foram identificados no presente levantamento, porém, falta-lhes a característica fundamental para aceitação na comunidade científica: *a publicidade* (VOLPATO, 2006).

3. JUSTIFICATIVA

As tendências apontam para o aumento das lesões por causas externas nas próximas décadas, chamando a atenção da sociedade para a prevenção e controle das mesmas (OPAS, 2007). Levando-se em consideração o fato de a cidade de Rio Branco ser a capital do Estado do Acre, concentrando os maiores níveis de urbanização do Estado, bem como as maiores TM por causas externas (IBGE, 2006), a escassez de estudos sobre violência no Acre e até inexistência destes com informações provenientes de inquéritos de base populacional (tipo de informação mais confiável sobre violência, segundo WHO, 2008) que caracterizem os eventos violentos em Rio Branco, justifica-se a realização deste estudo, a fim de produzir informações precursoras sobre o comportamento do fenômeno da violência na atual sociedade de Rio Branco, gerar informação sobre as variáveis relacionadas ao risco de sofrer violência nesta realidade e ainda orientar o planejamento de políticas públicas voltadas ao manejo da violência no Estado do Acre, principalmente em Rio Branco.

4. OBJETIVOS

Para o desenvolvimento deste estudo foram estabelecidos os seguintes objetivos:

4.1. Geral:

- Investigar os eventos violentos auto-referidos por adultos de Rio Branco – AC;

4.2. Específicos:

- Estimar a prevalência de violência na vida e o risco de sofrer violência em Rio Branco, ambos em função de variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde;
- Descrever o perfil dos eventos violentos sofridos nos últimos 12 meses pelas vítimas de violência auto-referida na cidade de Rio Branco, incluindo características dos respectivos agressores.

5. ARTIGO 1

VIOLÊNCIA AUTO-REFERIDA EM RIO BRANCO – ACRE: INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL (2007-2008)

SELF-REPORTED VIOLENCE IN RIO BRANCO – ACRE: POPULATION-BASED INQUIRY (2007-2008)

Lago, RR^{*}; Ferreira, TF^{*}; Koifman, RJ^{**}; Muniz, PT^{*}.

^{*}Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC

^{**}Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente/ENSP/FIOCRUZ

RESUMO

Para estimar a prevalência de violência na vida e o risco de sofrer violência, em função de variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, este estudo, inserido no inquérito populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” (2007-2008) reuniu, por amostragem estratificada, por conglomerados, 1516 indivíduos com idade ≥ 18 anos. Cerca de 1/3 da população relatou ter sofrido violência alguma vez na vida, destes, a maioria vivia em união estável e trabalhava. Referiram tabagismo (20,61%) e etilismo (36,24%), consideravam sua saúde insatisfatória, sentindo-se deprimidos no último mês e apresentavam limitações. O risco estimado de sofrer violência foi maior nos que trabalhavam (renda ≤ 2 salários mínimos), relatavam acidentes de trabalho, fumantes, etilistas, com pior percepção de saúde, sentiram-se deprimidos no último mês, além de apresentarem limitações. Os achados corroboram a violência como problema multidimensional e apontam a necessidade de estratégias de enfrentamento que integrem políticas públicas intersetoriais de manejo da violência em Rio Branco.

Palavras-chave: violência, estudos transversais, prevalência.

ABSTRACT

This study, which is part of the population inquiry “Health and Nutrition of Adults and Children in Rio Branco – AC” (2007-2008), gathered, by means of by means of stratified sampling, by cluster, 1,516 individuals aged ≥ 18 years in order to estimate, according to socioeconomic, demographic, behavioral and health variables, the prevalence of violence in life and the risk to suffer violence. Approximately 1/3 of the population reported to have suffered violence. Of these, most individuals had a steady partner and a job. They also reported to smoke (20.61%) and consume alcohol (36.24%), considered their health to be unsatisfactory, had felt depressed in the past month and showed limitations. The estimated risk to suffer violence was higher in those who worked (income ≤ 2 minimum salaries), reported labor accidents, smoked, consumed alcohol, had a worse perception of their health and had felt depressed in the past month, in addition to presenting limitations. The findings confirm violence as a multidimensional problem and show the need for coping strategies as part of intersectorial public policies for violence management in Rio Branco.

Key words: violence, cross-sectional studies, prevalence.

1. INTRODUÇÃO

A aproximação do entendimento sobre violência, amplamente utilizada pelos estudiosos sobre o tema e também abordada neste estudo, parte do conceito estabelecido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) como: *"uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, (...) grupo, (...) comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação"*¹.

A violência configura-se como um "fluido" fenômeno biopsicossocial, criado e desenvolvido no cenário social, agregando uma rede de problemas políticos, econômicos, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas, institucionais e do plano individual que foi reconhecida como um problema de saúde pública, em função das seqüelas orgânicas e emocionais produzidas, demandando a atenção dos serviços de saúde em todo o mundo^{2,3,4}.

Devido à generalização do fenômeno da violência já não existem grupos sociais protegidos, este problema não mais se restringe a determinados nichos sociais, raciais, econômicos e/ou geográficos. Ela se expressa de diversas formas, segundo agentes, vítimas (juvenil, de gênero, infantil, contra o idoso, contra a mulher, dentre outras), lugar onde ocorre (na rua, no domicílio, no trabalho, dentre outros), âmbito a que se refere (público, privado), ou segundo motivações (sociais, psicológicas, econômicas, políticas e outras)^{5,6}.

Está relacionada aos distúrbios das transformações sociais: precariedade das condições de vida, desigualdades, crescimento desordenado das cidades, mudanças na estrutura e dinâmica da família, problemas no sistema educacional dominante, valores equivocados transmitidos pelos veículos de comunicação em massa, política mal conduzida, uso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outros problemas^{5,7,8}.

Além da demanda por serviços de saúde calculada para cada morte por violência: dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos de emergência e milhares de consultas ambulatoriais; os sobreviventes da violência sofrem incapacidades transitórias ou permanentes, bem como outros prejuízos à saúde, por exemplo: depressão e mudanças de conduta relacionadas com o tabagismo, transtornos alimentares, consumo de álcool e drogas (inclusive ilícitas), expansão da infecção por HIV, hepatites, câncer de pulmão, além de outros, ampliando essa

carência de cuidados de saúde e o impacto social deste problema. A violência gera também repercussões sociais intersetoriais, como o absenteísmo no trabalho e no estudo, custos judiciais e desestruturação familiar^{9,10}.

As lesões por causas externasⁱⁱ, incluindo a violência, representam 9% da mortalidade e 16% das incapacidades no mundo, sendo responsáveis por mais de 5 milhões de mortes por ano, compreendendo a maior parte das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos¹⁰. Esse tipo de violência possui fortes vínculos com a vulnerabilidade social, a qual obstrui o acesso às oportunidades disponíveis nos campos da saúde, educação, trabalho, lazer e cultura, apontando o papel dessas políticas sociais fundamentais como efetivos mecanismos de coerção da violência⁵.

No *ranking* de 67 países que integram o mapa mundial de violência, o Brasil ocupa a 4ª posição nas taxas de homicídio para a população total e o 5º lugar nas taxas de homicídio para a população juvenil, entre 1993 e 2002¹¹. Na maioria dos países das Américas, a violência representa uma das maiores causas de incapacidades, e nos países latino-americanos os níveis de violência vêm aumentando, tanto em função da cobertura das políticas sociais, quanto pelo sistema judicial-penitenciário desestruturado^{5,12}.

O custo estimado da violência para o Brasil, em 2004, foi de 382 milhões de reais, dos quais, cerca de 88% foram gastos com a perda de produtividade das vítimas de ambos os sexos e o restante com prejuízos gerados pela mortalidade¹³. A violência expressa em óbitos por causas externas no Brasil, no período de 1977 a 1994, quase dobrou, passando a ser então a segunda causa de morte no País e a principal *causa mortis* na faixa dos 5 aos 39 anos, totalizando 65% destes óbitos entre jovens de 15 a 19 anos¹⁴.

Um exemplo da deficiente ou inexistente contenção da violência é a inclusão de capitais como Porto Velho-RO e Rio Branco-AC no grupo daquelas com maior crescimento de homicídios, mesmo não compartilhando com o grupo características de desenvolvimento demográfico e urbano de metrópoles como São Paulo, Vitória e Recife. O Estado do Acre, no âmbito da região Norte, em 2004, foi o 4º no *ranking* de Taxa de Mortalidade - TM por causas externas (64,58 óbitos por 100 000 mil habitantes), ganhando maior importância ao se ponderar

ⁱⁱ São as lesões causadas pelo trânsito, lesões auto infligidas, violência interpessoal, afogamentos, incêndios, lesões de guerra, envenenamentos e quedas, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

que as TM por homicídios, somadas às TM por acidentes de trânsito, respondem por quase 73% de todas as mortes por causas externas no Estado¹⁵.

Há escassez de estudos publicados sobre violência no Acre e até inexistência destes com informações provenientes de inquéritos de base populacional que caracterizem os eventos violentos em Rio Branco e tenham a possibilidade de subsidiar a construção de políticas públicas para o manejo da violência na realidade acreana. É possível que existam outros estudos sobre violência no Acre, porém, neste caso, falta-lhes a característica fundamental para aceitação na comunidade científica: *a publicidade*¹⁶.

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência auto-referida e o risco deste agravo em função de variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde na cidade de Rio Branco - AC.

2. METODOLOGIA

Este estudo está inserido no inquérito “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” - projeto realizado por pesquisadores da Universidade Federal do Acre.

2.1. Delineamento, amostragem, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo observacional, transversal de base populacional, tendo como unidade de observação o indivíduo que reside no município de Rio Branco – AC. A amostragem foi estratificada, por conglomerados, realizada em dois estágios. A seleção da amostra foi baseada no mapa dos setores censitários e número de domicílios, de acordo com o mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006 e o censo de 2000^{17,18}.

Dos 250 setores censitários de Rio Branco, 35 foram selecionados, aleatoriamente, para compor a amostra, sendo 31 urbanos e 4 rurais. Levando-se em consideração a expectativa de densidade média de 2 adultos/domicílio, de cada um dos trinta e cinco setores cerca de 25 domicílios foram sorteados, totalizando 881 domicílios.

Foram elegíveis para o inquérito todos os indivíduos maiores de 18 anos de idade, residentes no domicílio na data do primeiro contato, compreendendo uma população de estudo com 1516 indivíduos, os quais foram submetidos à aplicação do instrumento de pesquisa por meio de entrevistas (no ambiente domiciliar destes) realizadas durante o período de outubro de 2007 até outubro de 2008, aplicadas por uma equipe de pesquisa previamente treinada.

2.2. Instrumento de aferição e variáveis

O instrumento de coleta de dados reuniu questões do formulário utilizado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA¹⁹, no Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, e também daquele utilizado na pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil: Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico²⁰.

Um questionário, pré-codificado, foi constituído por perguntas prioritariamente fechadas e algumas abertas, composto de três seções: 1) sócio-demográfica e econômica, com dados de sexo, idade, renda, escolaridade e trabalho; e 2) avaliação do estado de saúde individual, com

dados de morbidade referida e estilo de vida, e 3) questionamento sobre vitimização por violência na vida.

A seção três era introduzida ao entrevistado com a leitura da definição de violência estabelecida pela OMS¹. Em seguida, o desfecho de interesse deste estudo - violência - foi aferido questionando-se o entrevistado se este havia sofrido qualquer tipo de violência alguma vez na vida. Com o propósito de aumentar a capacidade de identificação das situações de violência, foi efetuado treinamento junto à equipe de entrevistadores com ênfase na padronização das abordagens e desenvolvimento de postura ética.

2.3. Processamento e análise dos dados

A criação, alimentação (digitação duplicada por equipes diferentes em momentos diferentes) e correção do banco de dados efetuaram-se utilizando o programa *Epi Info*, v.6.0. A verificação da consistência e a análise dos dados foram realizadas usando o pacote estatístico *Stata* v.10.

Realizou-se a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo com relação aos desfechos (relato positivo ou negativo de vitimização por violência). Para testar a associação entre o desfecho de interesse (vitimização por violência) e as variáveis independentes, foi utilizado o teste do qui-quadrado de *Pearson*. A medida de associação escolhida para estimar o risco de sofrer violência foi a razão de prevalências. Foram consideradas estatisticamente significantes aquelas diferenças com valor de $p < 0,05$ (IC 95%). Na construção do modelo de regressão múltipla de Poisson, todas as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$ foram inseridas. Os dados são apresentados em tabelas e figuras.

Como os elementos amostrados tiveram probabilidades desiguais de seleção (densidade de indivíduos elegíveis por domicílio variável entre os setores censitários), a análise foi ponderada, considerando uma amostragem complexa e utilizando-se o comando “svy” como componente da primeira parte de todos os comandos executados no programa *Stata*, v.10.

Ao indivíduo sorteado na amostragem, foi facultada a participação voluntária na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, atendendo aos critérios éticos estabelecidos pela resolução CONEP Nº 196/96²¹. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Acre – UFAC: processo nº 2307.001150/2007-22.

3. RESULTADOS

A prevalência global de violência auto-referida na população foi de 31,39% (476), ou seja, cerca de uma em cada três pessoas da população de Rio Branco - AC afirmou ter sido vítima de violência em algum momento da vida.

Quanto à distribuição das características sócio-demográficas nesta população (**Tabela 1**), o relato positivo de violência foi semelhante entre os sexos, predominando em adultos jovens (34,26%) ou maduros (29,45%) com *status* conjugal com companheiro (54,20%), auto-designados pardos (81,82%), quanto à cor de pele, a maioria, trabalhadores (60,97%), porém com rendimento mensal inferior a dois salários mínimos (70,50%), sendo que os que não trabalhavam, justificaram essa condição em função de não ter uma oportunidade de trabalho (43,96%), quando questionados sobre o motivo de não trabalhar. O tempo de estudo limitou-se a, no máximo, 10 anos para mais da metade da população (56,43%) e 75,52% dela residiam na zona urbana.

Quanto às variáveis de comportamentos de risco e percepção de saúde analisadas (**Tabela 2**), cerca de 1/4 da população sofreu acidente de trabalho, 20,61% fumavam diariamente e 36,24% consumiam bebida alcoólica, embora apresentassem uma auto-percepção de saúde satisfatória (91,29%). Quanto à depressão, aproximadamente 61% dos indivíduos sentiram-se deprimidos no último mês, enquanto somente 1/4 destes relataram ter diagnóstico médico da doença. A parcela de vítimas de violência auto-referida que afirmaram possuir limitações ou dificuldades no desempenho de atividades habituais foi de 20%.

Após os ajustes por sexo e idade, a estimativa de associação entre violência auto-referida e variáveis de interesse (**Tabela 3**) revelou razões de prevalências positivas e estatisticamente significativas em situação de trabalho remunerado (RP 1,18) e, para os que não estavam trabalhando, em razão do desemprego, comparado aos outros motivos de não trabalhar (RP 1,54).

A referência de história prévia de acidente de trabalho mostrou uma RP de 1,81, de tabagismo uma RP de 1,29, diagnóstico de, no mínimo, duas DSTs uma RP de 1,74 e a estimativa de risco de diagnóstico médico de depressão foi 1,50 vezes maior entre as vítimas de violência auto-referida em consonância com 86% maior risco estimado de sentir-se deprimido no último mês. Reforçando a incapacidade relacionada ao relato de violência, esteve o risco estimado 45% maior de apresentar limitações ou dificuldades no desempenho de suas atividades rotineiras.

Na Regressão de Poisson, as variáveis adequadas ao melhor modelo de explicação da vitimização por violência em Rio Branco foram: acidente de trabalho, trabalho remunerado,

hábito de etilismo, auto-percepção de depressão no último mês, e insatisfatória auto-percepção de saúde (**Tabela 4**). A variável que apresentou maior associação com a vitimização por violência foi a percepção de depressão no último mês, apontando que as pessoas que se sentiram deprimidas no último mês tiveram 74% maior risco estimado de violência, controlado o efeito das outras variáveis do modelo sobre o problema.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio-econômicas e demográficas da população, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	n (%)	“p” valor
Sexo		
Masculino	236 (48,67)	0,211
Feminino	240 (51,33)	
Faixas etárias		
18-19 anos	45 (9,21)	0,172
20-24 anos	82 (18,16)	
25-39 anos	170 (34,26)	
40-59 anos	135 (29,45)	
≥ 60 anos	44 (8,92)	
Status conjugal		
Com companheiro	246 (54,20)	0,221
Sem companheiro	230 (45,80)	
Cor da pele		
Branca	71(14,03)	0,143
Negra	18 (3,82)	
Parda	384 (81,82)	
Amarela	2 (0,33)	
Trabalho remunerado		
Não	189 (39,03)	0,000
Sim	287 (60,97)	
Motivo de não trabalhar		
Outros motivos	101 (56,04)	0,004
Desemprego	88 (43,96)	
Renda familiar (em SM**)		
Sem renda	133(27,22)	0,149
Renda<1	60(14,13)	
1≤ renda<2	132(29,15)	
2 ≤ renda<3	57(11,29)	
3 ≤ renda<5	41(8,44)	
5≤ renda<10	29(5,82)	
10≤ renda<20	17(3,39)	
Renda≥ 20	3(0,57)	
Ecolaridade (anos de estudo)		
≥ 11	220 (43,57)	0,880
≤ 10	256 (56,43)	
Zona de residência		
Rural	32 (24,48)	0,411
Urbana	444 (75,52)	

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas. ** Salário mínimo vigente entre outubro de 2007 e outubro de 2008.

Tabela 2: Distribuição das variáveis sobre comportamentos de risco e saúde da população, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	n (%)	“p” valor
Acidente de trabalho		0,000
Não	366(76,70)	
Sim	110(23,30)	
Fumo		0,014
Ocasionalmente ou não fuma	382 (79,39)	
Diariamente	94 (20,61)	
Consome bebida alcoólica		0,007
Não	308(63,76)	
Sim	168(36,24)	
Percepção de saúde		0,117
Satisfatória	440 (91,29)	
Insatisfatória	36 (8,71)	
DSTs		0,009
0	156 (32,97)	
1	221 (47,39)	
2	93 (18,68)	
3	6 (0,96)	
Depressão diagnosticada		0,002
Não	358(75,91)	
Sim	118(24,09)	
Deprimido no último mês		0,000
Não	186(38,54)	
Sim	290(61,46)	
Limitações e/ou dificuldades		0,007
Não	382(80,00)	
Sim	94(20,00)	

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

Tabela 3: Prevalência de características sócio-econômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde e respectivas Razões de Prevalência brutas e ajustadas na população, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	n (%)	RP Bruta (IC de 95%)	RP Ajustada ^a (IC de 95%)
Sexo			
Feminino	240 (28,69)	1	1
Masculino	236 (34,78)	1,21 (0,89;1,64)	1,22 (0,92;1,63)
Faixas etárias			
≥ 60 anos	44 (24,40)	1	
40-59 anos	135 (33,91)	1,39 (0,91;2,12)	1,40 (0,92;2,13)
25-39 anos	170 (32,03)	1,31 (0,95;1,80)	1,32 (0,96;1,81)
20-24 anos	82 (33,69)	1,38 (0,92;2,06)	1,37 (0,90;2,09)
18-19 anos	45 (26,62)	1,09 (0,75;1,58)	1,07 (0,74;1,55)
Status conjugal			
Com companheiro	246 (30,01)	1	1
Sem companheiro	230 (33,13)	1,10 (0,93;1,29)	1,16 (0,98;1,38)
Cor da pele			
Branca	71(28,97)	1	1
Negra	18 (19,55)	0,67 (0,33;1,35)	0,68 (0,34;1,34)
Parda	384 (32,80)	1,13 (0,88;1,45)	1,10 (0,86;1,41)
Amarela	2 (20,49)	0,70 (0,17;2,86)	0,71 (0,18;2,83)
Trabalho remunerado			
Não	189(26,93)	1	1
Sim	287(34,98)	1,29 (1,12;1,49)	1,18 (1,01;1,39)
Motivo de não trabalhar			
Outros motivos	106 (22,99)	1	1
Desemprego	83 (35,17)	1,52 (1,19;1,95)	1,54 (1,07;2,22)
Renda (em SM^{**})			
Renda ≥ 20	3(26,05)	1	1
10 ≤ renda < 20	17(45,03)	1,72 (0,77;3,86)	1,76 (0,81;3,83)
5 ≤ renda < 10	29(29,21)	1,12 (0,46;2,68)	1,14 (0,49;2,66)
3 ≤ renda < 5	41(38,62)	1,48 (0,60;3,60)	1,49 (0,62;3,56)
2 ≤ renda < 3	57(30,86)	1,18 (0,51;2,69)	1,22 (0,54;2,84)
1 ≤ renda < 2	132(30,62)	1,17 (0,50;2,73)	1,24 (0,54;2,84)
Renda < 1	60(37,79)	1,45 (0,60;3,50)	1,56 (0,65;3,75)
Sem renda	133(28,44)	1,09 (0,47;2,51)	1,18 (0,51;2,76)
Escolaridade (anos de estudo)			
≥ 11	256 (31,22)	1	1
≤ 10	220 (31,67)	0,98 (0,81;1,19)	1,00 (0,82;1,21)
Acidente de trabalho			
Não	366(28,07)	1	1
Sim	110(50,74)	1,80 (1,44;2,26)	1,81 (1,47;2,22)
Fumo			
Ocasional ou não fuma	382 (29,83)	1	1
Diariamente	94 (38,84)	1,30 (1,06;1,58)	1,29 (1,03;1,61)
Consumo bebida alcoólica			
Não	308(28,34)	1	1
Sim	168(38,48)	1,35 (1,09;1,22)	1,29 (1,00;1,68)
Percepção de saúde			
Satisfatória	440 (30,81)	1	1
Insatisfatória	36 (38,58)	1,25 (0,95;1,64)	1,31 (1,00;1,72)
DSTs			
0	156 (24,78)	1	1
1	221 (33,99)	1,37 (1,03;1,81)	1,38 (1,05;1,80)
2 ou +	99 (42,39)	1,71 (1,24;2,35)	1,74 (1,30;2,32)
Depressão diagnosticada			
Não	358(29,14)	1	1
Sim	118(41,02)	1,40 (1,14-1,72)	1,50 (1,23;1,83)
Deprimido no último mês			
Não	186(23,21)	1	1
Sim	290(40,13)	1,72 (1,38;2,16)	1,86 (1,51;2,30)

Limitações e/ou dificuldades			
Não	382(29,73)	1	1
Sim	94(39,90)	1,40 (1,10;1,63)	1,45 (1,22;1,72)
Zona de residência			
Rural	32 (30,26)	1	1
Urbana	444 (31,74)	1,04 (0,93;1,17)	1,04 (0,93;1,16)

*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas. **Salário mínimo vigente entre outubro de 2007 e outubro de 2008. ^aAjustada por sexo e idade.

Tabela 4: Modelo de regressão de Poisson final explicativo das características sócio-econômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde associadas à vitimização por violência em Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	n (%)	RP Ajustada ^a	“p”valor
Trabalho remunerado			
Não	189(26,93)	1	0,002
Sim	287(34,98)	1,28 (1,10;1,48)	
Acidente de trabalho			
Não	366(28,07)	1	0,000
Sim	110(50,74)	1,71 (1,42;2,08)	
Consumo bebida alcoólica			
Não	308(28,34)	1	0,008
Sim	168(38,48)	1,27 (1,06;1,52)	
Percepção de saúde			
Satisfatória	440 (30,81)	1	0,046
Insatisfatória	36 (38,58)	1,28 (1,00;1,65)	
Deprimido no último mês			0,000
Não	186(23,21)	1	
Sim	290(40,13)	1,74 (1,33;2,27)	

*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas. ^a RP Ajustadas pelas outras variáveis do componentes do modelo.

4. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional sobre a ocorrência de violência na vida abrangendo o município de Rio Branco – AC e os resultados apresentados indicam que parte considerável da população de Rio Branco experimenta episódios de violência, ainda que de modo diverso.

A utilização de um questionário multidimensional abordando vários outros aspectos relacionados à saúde, tinha o potencial de criar uma relação de confiança entre entrevistador-intervistado permeável à revelação de situações de violência que, em outras circunstâncias, passariam despercebidas. Entretanto, algumas situações de violência podem ainda ter permanecido encobertas, dado o caráter velado e ameaçador do problema.

O inquérito telefônico realizado pelo Senado Federal Brasileiro (2007)²² tratando sobre a violência no Brasil e atuação do Estado, através de uma amostra probabilística de 1068 indivíduos maiores de 16 anos em 27 unidades da federação, revelou que 36% dos entrevistados afirmaram ter sido vítimas de violência na vida, uma prevalência próxima da encontrada em Rio Branco – AC.

Em nosso estudo a prevalência de violência auto-referida não mostrou diferença significativa entre os sexos, diferenciando-se da maior parte dos estudos nos quais a prevalência em homens supera muito a das mulheres^{23,24}, porém, quando discriminadas as modalidades de violência, possivelmente serão observados contrastes, tais como: 20 a 60% das vítimas de violência intra-familiar nas Américas são mulheres ou crianças, enquanto os homens são 10 vezes mais afetados que as mulheres pelos homicídios por causas violentas^{6,25,26}. Esses contrastes epidemiológicos indicam que questões culturais nos papéis de gênero implicam em contextos de vulnerabilidade diferenciados para homens e mulheres²⁷.

A variável *status* conjugal não apresentou diferença com significância estatística quando dicotomizada em vivendo com ou sem companheiro, embora estudos atestem que mulheres com companheiro têm alta estimativa de risco para sofrer violência, principalmente abuso físico e sexual^{13,28}. No tocante à importância da avaliação dos arranjos familiares contemporâneos, estudo recente realizado em São Paulo - SP registrou que uma queda de 10% no número de filhos criados por mães solteiras reduziria 5,1% da taxa de homicídios, enquanto uma diminuição de

10% na desigualdade ou aceleração do crescimento econômico reduziriam a mesma taxa em apenas 1,7% e 1,2%, respectivamente²⁹.

O predomínio da renda inferior a 2 salários mínimos naqueles que referiram vitimização por violência em Rio Branco concorda com achados de um estudo realizado em São Paulo, o qual evidencia a sobreposição das maiores taxas de homicídio com a menor renda dos chefes de família desta mesma região (a proporção de chefes de família que não tinham renda ou recebiam até 3 salários mínimos mensais superava 50%)³⁰, apoiando a idéia de que a concorrência de desvantagens sociais favorece a conformação da violência.

Diante do contexto de baixa renda e dificuldade de acessar uma oportunidade de trabalho, mesmo com relativa capacidade para este, na população de Rio Branco, além das elevadas taxas de fecundidade e prevalência de gravidez precoce ou indesejada observadas na região Norte, em relação às outras regiões do país³¹, com base nos resultados de um estudo recente²⁹, sugere-se que o somatório dessas circunstâncias retroalimentam o contexto de violência observado na capital do Acre.

Ao se analisar mais profundamente o contexto familiar e as relações de conjugalidade apresentadas, possivelmente, encontrar-se-ão conflitos gerados a partir das aspirações de mulheres a “participarem mais livremente do mundo público, rompendo com padrões femininos tradicionais de domesticidade e passividade” por vontade própria ou pressionadas pelas responsabilidades assumidas como novas chefes de família³².

As estimativas de risco para depressão percebida pelo indivíduo, bem como para limitações ou dificuldades para o desempenho de atividades expressam a associação entre essas circunstâncias e o relato positivo de violência, apontando para a conjuntura de vulnerabilidade e incapacidade de defender-se diante de eventos violentos⁹. Essa conjuntura, possivelmente, advém da representação social que o indivíduo tem de si próprio até a adolescência, a qual está associada à experiência de violência no universo relacional, e influenciará a construção do comportamento nas próximas fases de vida e, por sua vez, a vulnerabilidade dele à violência³³.

Além da inserção em redes ou rotas de narcotráfico, destaca-se a situação de desigualdade social como condição de risco para a mortalidade por causas externas, principalmente o homicídio³⁴. Considerando que a morbidade por causas externas supera bastante a mortalidade pelas mesmas causas, as características de risco social supramencionadas são observadas na população residente no sudoeste-amazônico, inclusive em Rio Branco, para a qual as estimativas

de risco descritas para o trabalho, em condição de baixa remuneração e desemprego, conformam-se com o contexto de violência observado em conglomerados urbanos³⁵, superando achados de estudo semelhante³⁶, realizado no cenário social sul-brasileiro, o qual apresentou uma prevalência de violência três vezes menor (9,7%).

Tratando-se de características relacionadas a comportamentos de risco e saúde, a prevalência e estimativa de risco para acidente de trabalho entre as vítimas de violência apontam para a configuração da violência urbana como conjunção agravante³⁷. Para estes autores, quanto às condições de defesa dos interesses dos trabalhadores, *“o segmento mais atingido pela morte no trabalho é aquele desassistido pelo Estado, através de suas políticas públicas de prevenção e assistência ao acidentado, e também pelos sindicatos e movimentos sociais.”*

O uso de bebidas alcoólicas apresenta-se prevalente em ambos os sexos e com início extremamente precoce em adolescentes, estando associado ao tabagismo e já ter tido relações sexuais³⁸. A hipótese de que as vítimas de violência apresentariam maior relato de consumo de álcool, em simetria com situação de ansiedade ou vulnerabilidade, apoiou-se na RP 22% maior para os etilistas, todavia, se fossem considerados os agressores, possivelmente a estimativa de risco seria mais expressiva. Pesquisa efetuada junto a sentenciados por crimes sexuais na Penitenciária de Sorocaba – SP³⁹ apresentou que 36,58% destes tinham problemas com o álcool e mais da metade o consumia durante o ato de violência, possivelmente, como medida de “encorajamento” ou até desprendimento de valores éticos.

A elevada prevalência de tabagismo, aliada ao consumo de álcool, auto-percepção de depressão no último mês, presença de limitações ou dificuldades no desempenho de atividades, além do relato de doenças relacionadas a comportamentos de risco (cerca de 46,57% das vítimas de violência referiram a presença de, no mínimo uma DST) indicam a concorrência de comportamentos de risco e os respectivos prejuízos nas vítimas de violência de Rio Branco - AC, concordando com publicações de organismos internacionais sobre o tema^{9,10}.

O modelo explicativo parcimonioso identificou questões ocupacionais como exercer trabalho remunerado e ter sofrido acidente de trabalho, bem como uma auto-percepção de saúde insatisfatória e relato de etilismo como os fatores preditores para vitimização por violência em Rio Branco.

Estes resultados corroboram as estimativas observadas para outras localidades brasileiras, esboçando um quadro crescente e crítico de violência como problema multidimensional e

apontam a necessidade de estratégias de enfrentamento que integrem políticas públicas intersetoriais de prevenção e combate à violência^{10,13} na realidade de Rio Branco. Sugere-se a ampliação deste estudo junto a populações tradicionais peculiares à região amazônica: ribeirinhos, indígenas, comunidades mais isoladas (acesso geográfico) ou em zona de fronteira, além da exploração de outras variáveis específicas de violência, relacionadas ao agressor e aos eventos violentos.

Diante dos potenciais custos individuais e sociais da violência para a população de Rio Branco, bem como no aproveitamento dos investimentos públicos e sociais, especialmente aplicados nas fases que antecedem a vida adulta do indivíduo (p. ex. programas de atenção à saúde materno-infantil, investimentos educacionais e programas sociais de auxílio financeiro), ressalta-se que a prevenção, detecção precoce e enfrentamento das situações de violência sejam destaque entre as prioridades na atenção à saúde, bem como no elenco de políticas públicas que, de maneira inovadora, exerçam impacto sobre o problema.

5. REFERÊNCIAS

1. Krug, EG; Dahlberg, LL; Mercy, JA; Zwi, AB; Lozano, R (Editors). World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Minayo, MCS. Social Violence from a Public Health Perspective. *Cad Saúde Públ* 1994; 10 supl 1:07-18.
3. Minayo, MCS; Souza, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1):7-32.
4. Schraiber, LB; D'oliveira, AFPL; Couto, MT. Violence and health: recent scientific studies. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:n. spe.
5. Abramovay, M; Castro, MG; Pinheiro, LC; Lima, FS; Martinelli, CC. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas Públicas. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Brasília: 2002.
6. WHO, World Health Organization; OPS, Organización Panamericana de la salud. Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 septiembre 2003.
7. Gomes, CB. A banalização da vida, suas conseqüências e seus condicionantes. *Rev Ciênc Méd Biol* 2004; 3 (1):89-107.
8. Torres, APR. The sense of politics in Hannah Arendt. *Trans Form Ação* 2007; 30(2):235-246.
9. WHO, World Health organization. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. Washington, D. C., 2008.
10. WHO, World Health Organization; OPS, Organización Panamericana de la salud. Prevención de lesiones y violencia: guia para los ministerios de salud. Washington, D. C., 2007.
11. UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Mapa da Violência IV: Os Jovens do Brasil, 2004. <http://www.coav.org.br/publique/media/Mapa%20da%20Viol%C3%Aancia%20IV.pdf> (Acessado em: 19/ago/2008).
12. Garfield, R; Llanten, MCP. The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(4):266–71.

13. WHO, World Health organization. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help, 2008.
14. Jorge, MHPM; Gawryszewski, VP; Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 Supl 4: 5-25.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de Dados – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2006. Taxas de mortalidade por causas externas.
16. Volpato, GL. Dicas para redação científica: por que não somos citados? 2 ed. Botucatu: Joarte, 2006.
17. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2006. Rio de Janeiro, IBGE: 2007.
18. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Rio Branco (2008). <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (Acessado em: 05/nov/2008).
19. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
20. Moura, EC *et al.* Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 20-37.
21. CONEP, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196/1996.
22. Brasil, Senado Federal. Pesquisa de opinião pública nacional: violência no Brasil. Secretaria de Pesquisa e opinião pública, 2007.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: 2005.
24. Moraes, CL de; Apratto Junior, PC; Reichenheim, ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (10): 2289-2300.
25. Souza, ER; Lima, MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 11: 1211-1222.

26. Reichenheim, ME; Moraes, CL; Szklo, A; Hasselmann, MH, Souza, ER; Lozana, JÁ; Figueiredo, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (2): 425-437.
27. Minayo, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 1990; 6: 278-292.
28. Schraiber, LB; D'oliveira, AFPL; Franca-Junior, I; e GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 supl 1: 127-137.
29. Neri, MC (Coord.). O estado da juventude: drogas, prisões e acidentes. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2007.
30. Cardia, N; Schiffer, S. Violência e desigualdade social. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. *Rev Ciência e Cultura* 2002; Jul/set: 25-31.
31. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2006. Rio de Janeiro, IBGE: 2007.
32. Dantas-Berger, SM; Giffin, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (2): 417-425.
33. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):43-51.
34. Paim, JS; Costa, MCN; Mascarenhas, JCS *et al.* Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6 (5): 321-332.
35. Lima MLC; Ximenes RAA; Feitosa CL; Souza ER; Albuquerque MFPM; Barros MDA, *et al.* Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(2):122-8.
36. Palazzo, LS; Kelling, A; Béria, JU; Leal, FACL; Gigante, LP; Raymann, B; Bassani, DB. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 (4): 622-29.
37. Oliveira, PAB; Mendes, JM. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 supl (2): 73-83.
38. Strauch, ES; Pinheiro, RT; Silva, RA; Horta, BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (4): 647-655.

39. Baltieri, DA; Andrade, AG. Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol *and street drug consumption*, impulsiveness and history of sexual abuse. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30 (1): 25-31.

6. ARTIGO 2

**VIOLÊNCIA AUTO-REFERIDA EM RIO BRANCO – ACRE (2007-2008):
QUEM SÃO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES?
*SELF-REPORTED VIOLENCE IN RIO BRANCO – ACRE (2007-2008):
WHO ARE THE VICTIMS AND THE AGGRESSORS?***

Lago, RR^{}; Ferreira, TF^{*}; Koifman, RJ^{**}; Muniz, PT^{*}.*

^{*}Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC

^{**}Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente/ENSP/FIOCRUZ

RESUMO

A escassez e inexistência de pesquisas sobre violência de base populacional no Acre justificam este estudo, o qual buscou caracterizar as vítimas de violência e eventos violentos sofridos nos últimos 12 meses. Inserido no Inquérito Populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” (2007-2008), este estudo reuniu, por amostragem estratificada, por conglomerados, 1516 indivíduos (idade \geq 18 anos). Cerca de 1/3 da população referiu vitimização por violência na vida; destes, os mais acometidos foram os que relataram piores padrões socioeconômicos, percepção de saúde e comportamentos de risco. No relato de violência no último ano (25%) prevaleceu a violência física, impetrada por um homem (desconhecido), fora de casa, nas vítimas do sexo masculino, enquanto as mulheres foram vítimas de um conhecido ou familiar, dentro de suas próprias residências. Os achados apontam a predominância de violência doméstica e intrafamiliar nos adultos residentes em Rio Branco, requerendo políticas públicas de prevenção e manejo da violência que considerem as questões de gênero, os arranjos familiares atuais, o arcabouço social de apoio à família, além de outros recursos de apoio.

Palavras-chave: violência, violência intra-familiar, violência de gênero.

ABSTRACT

The lack of studies on violence and the inexistence of population-based information in Acre justify this study, which aimed at characterizing victims of violence and violent events occurring in the past 12 months. As part of the population inquiry “Health and Nutrition of Adults and Children in Rio Branco – AC” (2007-2008), this study gathered, by means of stratified sampling, by cluster 1,516 individuals (age \geq 18 years). Approximately 1/3 of the population reported to have been victims of violence in life. Of these, the most frequently affected were those reporting worse socioeconomic standards, perception of unsatisfactory health and risk behaviors. In the report concerning violence in the past year (25%), physical violence prevailed, having been caused by a male (stranger), out of home to male victims, whereas females were victims of a known person or relative within their own homes. The findings show the predominance of intra-family and at-home violence in adults residing in Rio Branco, which requires public policies for violence prevention and management that take into account issues related to gender, current family arrangement, the social framework of support to families, in addition to other support resources.

Key words: violence, family violence, gender violence.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, a violência pode ser entendida como o uso intencional de qualquer forma de força física ou poder, contra outra pessoa ou grupo e até mesmo contra si próprio, o qual resulte em qualquer tipo de lesão ou prejuízo para a vítima¹. De acordo com os estudiosos do assunto, este problema tem afetado as mais diversas realidades e assumido perfis diversificados tanto de vítimas quanto de agressores².

A violência doméstica consiste naquela perpetrada no âmbito familiar, predominando entre agressores e vítimas laços consangüíneos ou afetivos, embora não se restrinja ao ambiente familiar^{3,4,5}. Ela repercute especialmente na saúde e qualidade de vida das mulheres, estando associada a: depressão, suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas de cefaléia e outros distúrbios psicossomáticos, inclusive sofrimento psíquico em geral, apesar de não ter sua origem percebida pelos profissionais de saúde que as abordam quando elas buscam atendimento nos serviços de saúde⁶.

A violência intrafamiliar, consiste em “qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família, por qualquer de seus membros”, predominando nas estatísticas o homem adulto que abusa físico-sexualmente de mulheres e meninas; mães que negligenciam e abusam fisicamente de seus filhos e cuidadores que abusam de idosos dependentes⁵.

Apesar de avanços no campo institucional, político e jurídico, este tipo de violência continua crescendo, como resultado da impunidade, ineficiência de políticas públicas e ineficácia das práticas de intervenção e prevenção. Além disso, o somatório de: silêncio da vítima, (obtido por conta de ameaças oriundas do agressor); o silêncio dos demais parentes, ou pessoas próximas (não agressores), que se omitem de qualquer atitude de proteção da vítima ou de denúncia do agressor por medo ou indiferença; bem como o silêncio dos profissionais, por questões deontológicas profissionais, os quais, muitas vezes negam ou subestimam os efeitos da violência, alimentam o arcabouço social de apoio à violência intrafamiliar⁷.

A violência contra a mulher, por sua vez, caracteriza-se quando a vítima do ato violento é a mulher, independente do ambiente ou tipo de ato violento, manifestada pela mesma sob a forma de dano: físico, sexual, psicológico, moral e/ou espiritual, advindo da privação ou coerção da liberdade, discriminação, ou agressão da mulher, podendo o ato ocorrer publicamente ou privativamente⁴. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, as mulheres vítimas de violência são frequentadoras assíduas dos serviços de saúde, mas ao contrário de identificar sua situação de

violência, os profissionais de saúde às categorizam como “poliqueixosas”, em razão das “queixas vagas e crônicas”, em contrapartida aos resultados dentro dos padrões normais em exames e investigações diagnósticas⁵.

Nesse contexto, a violência contra a mulher representa uma relação desigual de forças impulsionadas pelas diferenças entre os sexos (natural e culturalmente estabelecidas) que geram desigualdade social, oportunizando aos homens exercer controle sobre as mulheres, encontrando reforço social para esse padrão de dominação⁸.

A violência é tida como grave problema social e de saúde pública, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de pesquisa prioritária desde o início da década de 2000¹. De acordo com informações atuais da OMS⁹ e da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS¹⁰, além da demanda por serviços de saúde calculada para cada morte por violência: dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos de emergência e milhares de consultas ambulatoriais; os sobreviventes da violência sofrem incapacidades transitórias ou permanentes, bem como outros prejuízos à saúde, por exemplo: depressão e mudanças de conduta relacionadas com o tabagismo, transtornos alimentares, consumo de álcool e drogas (inclusive ilícitas), expansão da infecção por HIV, hepatites, câncer de pulmão, além de outros, ampliando essa carência de cuidados de saúde e o impacto social deste problema. A violência gera também repercussões sociais intersetoriais, como o absentéismo no trabalho e no estudo, custos judiciais e desestruturação familiar.

A cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, apresentou as maiores taxas de mortalidade por causas externas e por homicídios da região Norte em 2003, superando 4 vezes a mesma taxa brasileira, neste mesmo período¹¹.

Existem poucos estudos publicados sobre violência no Acre e nenhum deles dispõe de uma base populacional de informação, comprometendo a possibilidade de subsidiar a construção de políticas públicas para o manejo da violência nesta realidade. É possível que existam outros estudos sobre violência no Acre, porém, neste caso, falta-lhes a característica fundamental para aceitação na comunidade científica: a *publicidade*¹⁶.

O propósito deste estudo foi de caracterizar o perfil dos eventos violentos sofridos nos últimos 12 meses das vítimas de violência da cidade de Rio Branco acreditando que a disponibilidade de informações de base populacional pode subsidiar a construção de políticas públicas para o manejo da violência nesta realidade.

2. METODOLOGIA

Este estudo está inserido no inquérito populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” realizada pela Universidade Federal do Acre – UFAC.

2.1. Delineamento, amostragem, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo observacional, transversal de base populacional, tendo como unidade de observação o indivíduo que reside no município de Rio Branco – AC. A amostragem foi estratificada, por conglomerados, realizada em dois estágios. A seleção da amostra foi baseada no mapa dos setores censitários e número de domicílios, de acordo com o mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006 e o censo do IBGE de 2000^{15,16}.

Dos 250 setores censitários de Rio Branco, 35 foram selecionados, aleatoriamente, para compor a amostra, sendo 31 urbanos e 4 rurais. Levando-se em consideração a expectativa de densidade média de 2 adultos/domicílio, de cada um dos trinta e cinco setores cerca de 25 domicílios foram sorteados, totalizando 881 domicílios.

Foram elegíveis para o inquérito todos os indivíduos maiores de 18 anos de idade, residentes no domicílio na data do primeiro contato, compreendendo uma população de estudo com 1516 indivíduos, os quais foram submetidos à aplicação do instrumento de pesquisa por meio de entrevistas (no ambiente domiciliar destes), por uma equipe de pesquisa treinada, durante o período de outubro de 2007 até outubro de 2008.

2.2. Instrumento de aferição e variáveis

O instrumento elaborado para coleta de dados foi adaptado daquele utilizado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA¹⁷, com a participação das Secretarias de Estado e de Municípios de Saúde, no Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal e também do instrumento utilizado na pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil: Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico¹⁸.

Um questionário, pré-codificado, foi constituído por perguntas prioritariamente fechadas e algumas abertas, composto de três seções: 1) sócio-demográfica e econômica, com dados de

sexo, idade, renda, escolaridade, entre outros; e 2) avaliação do estado de saúde individual, com dados de morbidade referida e estilo de vida, e 3) informações específicas sobre violência descrevendo características da agressão e agressor.

Após a leitura da definição de violência estabelecida pela OMS¹ para os entrevistados, o desfecho de interesse - violência - foi aferido questionando-se se já haviam sofrido violência alguma vez na vida, sendo que 476 pessoas responderam afirmativamente nesta questão. Por questões mnemônicas, as perguntas que tratavam especificamente sobre as agressões e agressores apenas foram respondidas pelos entrevistados que afirmaram ter sofrido violência dentro do período de 12 meses anteriores à data da entrevista, totalizando 119 pessoas.

Foi empreendido esforço a fim de aumentar a capacidade de identificação das situações de violência, tais como o treinamento e postura ética da equipe de entrevistadores, assim como a utilização de um questionário multidimensional abordando vários outros aspectos relacionados à saúde, com o propósito de criar uma relação de confiança entre entrevistador-entrevistado permeável à revelação de situações de violência que, em outras circunstâncias, passariam despercebidas. Porém, assim como em outros estudos do gênero^{19,20,21}, algumas situações de violência podem ainda ter permanecido encobertas, dado o caráter velado e ameaçador do problema. É possível conceber que, a despeito do cuidado realizado com vistas à garantia da qualidade das informações na detecção das situações, as estimativas apresentadas aqui ainda possam estar subestimadas.

2.3. Processamento e análise dos dados

A criação, alimentação e correção (digitação duplicada por equipes diferentes em momentos diferentes) do banco de dados efetuaram-se utilizando o programa *Epi Info*, v.6.0 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA*). A consistência e a análise dos dados foram realizadas usando o pacote estatístico *Stata* v.10 (*Stata Corp., College Station, USA*).

Realizou-se a análise descritiva das características das vítimas de violência na vida e de eventos violentos ocorridos nos 12 meses anteriores à entrevista. Para testar a associação entre os desfechos e as variáveis independentes, no caso de violência sofrida em qualquer momento da vida e, entre sexo e características das agressões e agressores, para a violência sofrida no ano anterior à entrevista, foi utilizado o teste do qui-quadrado de *Pearson*. Foram consideradas estatisticamente significantes aquelas diferenças com valor de $p < 0,05$ (IC 95%).

Os dados são apresentados em tabelas e gráficos nas formas de: distribuição de frequências (absoluta e relativa) e distribuição de prevalências.

Como os elementos amostrados tiveram probabilidades desiguais de seleção (densidade de indivíduos elegíveis por domicílio variável entre os setores censitários), a análise foi ponderada, considerando uma amostragem complexa e utilizando-se o comando “svy” como componente da primeira parte de todos os comandos executados no programa Stata, v.10.

Ao indivíduo sorteado na amostragem, foi facultada a participação voluntária na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, atendendo aos critérios éticos estabelecidos pela resolução CONEP Nº 196/96.²² O projeto do inquérito foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Acre – UFAC, de acordo com o parecer constante no processo nº 2307.001150/2007-22.

3. RESULTADOS

A prevalência global de violência auto-referida na população foi de 31,39% (476) no universo amostral de 1516 pessoas entrevistadas, ou seja, cerca de uma em cada três pessoas da população de Rio Branco - AC afirmou já ter sido vítima de violência em algum momento da vida.

Quanto à prevalência de violência de acordo com características sócio-demográficas nesta população (**Tabela 1**), esta foi mais elevada (porém, sem significância estatística) nos indivíduos do sexo masculino (34,78%), que tinham de 20-59 anos de idade, auto-designados “pardos” (32,80%), com tempo de estudo limitado a 10 anos (31,67%), com rendimento mensal de 10-20 salários mínimos (45,03%) e residentes na zona urbana de Rio Branco (31,74%). Observaram-se, as maiores prevalências de violência, com significância estatística, nos indivíduos separados/divorciados (49,61%), trabalhadores (34,98%).

Ao tratar-se de características de comportamentos de risco e percepção de saúde na população (**Tabela 2**), a prevalência de violência predominou nas pessoas que referiram já ter sofrido acidente de trabalho (50,74%), nos que fumavam diariamente (38,84%) ou tinham o hábito do etilismo (38,48%), nos que consideravam sua saúde ruim (39,28%), relatando diagnóstico médico de, ao menos, duas DSTs (43,10%), naqueles com auto-percepção de depressão no último mês (40,13%), ou diagnóstico médico desta doença (41,02%) e também nos que apresentaram limitações ou dificuldades para o desempenho de suas atividades de rotina (39,90%). Para todas as características de comportamentos de risco e percepção de saúde foi achada significância estatística.

Considerando-se a temporalidade de ocorrência do(s) evento(s) violento(s) as pessoas que relataram vitimização por violência nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista corresponderam a 1/4 do total daquelas que referiram vitimização por violência em algum momento da vida (476).

De acordo com a **Tabela 3**, a agressão física foi o tipo ofensivo dominante (53,75%) quando considerada a prevalência total, entretanto, após a estratificação, pode-se observar que a violência física afetou principalmente os homens, enquanto mais da metade das mulheres afirmou que a violência psicológica foi o principal tipo de agressão contra elas perpetrado. Quanto ao perfil do agressor, este figurou como um homem (86,14%), desconhecido, no caso de vítimas do

sexo masculino e conhecido ou familiar, quando as vítimas eram mulheres, sendo que tanto para características da agressão quanto para as do agressor houve significância estatística, excetuando-se o meio de agressão utilizado.

Ao se tratar do local de ocorrência do evento violento, a residência das vítimas apresentou-se como o mais freqüente, para ambos o sexos, porém, ao especificar os estratos, cerca de 80% das vítimas do sexo masculino foram agredidas em locais externos ao próprio domicílio, enquanto a maioria das mulheres sofreu a agressão dentro de seu próprio lar (47,32%).

Quase a totalidade das vítimas de violência (90,84%) afirmou ter procurado o serviço de saúde após o episódio de agressão, sendo que não houve significância estatística que demonstrasse diferença entre os sexos neste quesito.

Tabela 1: Prevalências de características sócio-econômicas e demográficas na população, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	n (%)	P valor
Sexo		0,211
Feminino	240 (28,69)	
Masculino	236 (34,78)	
Faixas etárias		0,172
≥ 60 anos	44 (24,40)	
40-59 anos	135 (33,91)	
25-39 anos	170 (32,03)	
20-24 anos	82 (33,69)	
18-19 anos	45 (26,62)	
Status conjugal		0,001
Solteiro	165(31,29)	
Casado/união Estável	246(30,01)	
Viúvo	21(23,04)	
Separado/divorciado	44(49,61)	
Cor da pele		0,143
Branca	71(28,97)	
Negra	18 (19,55)	
Parda	384 (32,80)	
Amarela	2 (20,49)	
Trabalho		0,000
Não	189(26,93)	
Sim	287(34,98)	
Motivo de não trabalhar		0,001
Outros motivos	106 (23,08)	
Desemprego	83 (35,17)	
Renda (em SM**)		0,149
Renda ≥ 20	3(26,05)	
10 ≤ renda < 20	17(45,03)	
5 ≤ renda < 10	29(29,21)	
3 ≤ renda < 5	41(38,62)	
2 ≤ renda < 3	57(30,86)	
1 ≤ renda < 2	132(30,62)	
Renda < 1	60(37,79)	
Sem renda	133(28,44)	
Escolaridade (anos de estudo)		0,880
≥ 11	256 (31,22)	
≤ 10	220 (31,67)	
Zona de residência		0,411
Rural	32 (30,26)	
Urbana	444 (31,74)	

*As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas. ** Salário mínimo vigente em 2007-2008.

Tabela 2: Prevalências de características de comportamentos de risco e percepção de saúde, segundo relato positivo de violência, no inquérito de base populacional, Rio Branco - AC, 2007-2008 (n = 476*).

Variáveis	N (%)	“p” valor
Acidente de trabalho		0,000
Não	366(28,07)	
Sim	110(50,74)	
Fumo		0,014
Ocasional ou não fuma	382 (29,83)	
Diariamente	94 (38,84)	
Consumo bebida alcoólica		0,007
Não	308(28,34)	
Sim	168(38,48)	
Percepção de saúde		0,009
Excelente	56 (30,49)	
Boa	191 (25,90)	
Regular	193 (37,38)	
Ruim	36 (39,28)	0,009
Número de DSTs relatadas		
0	156 (24,74)	
1	221 (33,94)	
2	93 (43,10)	
3	6 (32,13)	
Depressão diagnosticada		0,002
Não	358(29,14)	
Sim	118(41,02)	
Deprimido no último mês		0,000
Não	186(23,21)	
Sim	290(40,13)	
Limitações e/ou dificuldades		0,007
Não	382(29,73)	
Sim	94(39,90)	

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

Tabela 3. Descrição das características da agressão e agressor prevalentes nos eventos violentos, conforme relato das vítimas, Rio Branco – AC (2007-2008) (n=119*).

Características		N (%) total	Masculino N (%)	Feminino N (%)	P valor
Meio de agressão	Física/OPC/AF**	62 (54,22)	37 (61,61)	25 (46,40)	0,100
	Outros	57 (45,78)	22 (38,39)	35 (53,60)	
Tipo de agressão	Física	60 (53,75)	35 (60,71)	25 (46,38)	0,032
	Psicológica	53 (41,41)	19 (31,05)	34 (52,38)	
	Outro	6 (4,84)	5 (8,24)	1 (1,23)	
Vínculo com agressor	Familiar ou conhecido	63 (50,62)	22 (37,31)	41 (64,71)	0,002
	Desconhecido	56 (49,38)	37 (62,69)	19 (35,29)	
Sexo do agressor	Masculino	96 (86,14)	49 (98,17)	47 (75,56)	0,002
	Feminino	15 (13,86)	1 (1,83)	14 (24,44)	
Local da agressão	Residência	46 (33,50)	11 (20,44)	35 (47,32)	0,057
	Via pública	42 (36,10)	27 (39,74)	15 (32,24)	
	Outros	31 (30,41)	21 (39,82)	10 (20,44)	
Serviço de saúde	Não procurou	10 (9,16)	5 (8,14)	5 (10,12)	0,653
	Procurou	103 (90,84)	47 (91,86)	56 (89,88)	

*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas. ** OPC: objeto pérfuro-cortante e AF: arma de fogo.

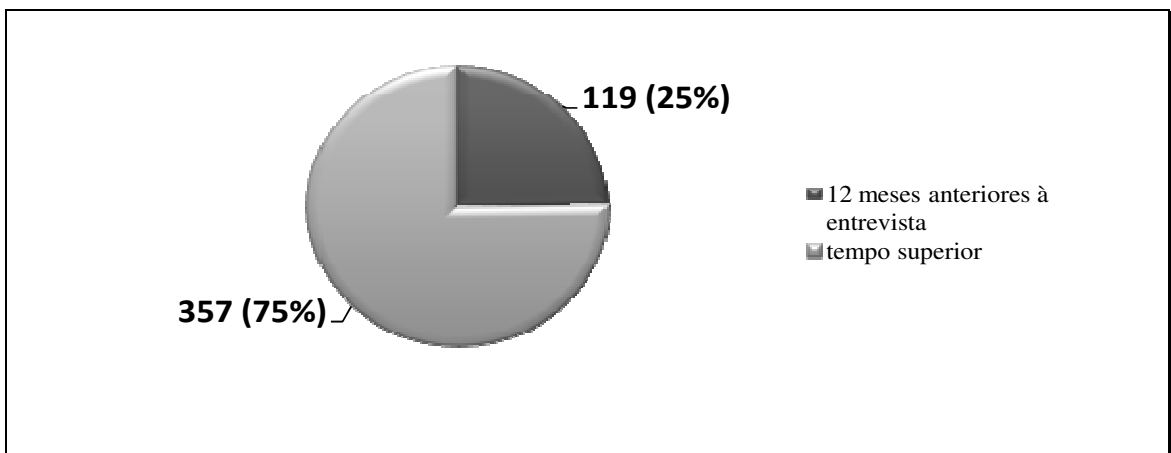


Figura 1. Temporalidade do(s) evento(s) violento(s) referidos por adultos residentes em Rio Branco – AC, de acordo com o momento da entrevista (2007-2008) (n=476).

4. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional sobre a ocorrência de violência na vida abrangendo o município de Rio Branco – AC. Os resultados apresentados indicam que parte considerável da população de Rio Branco experimenta episódios de violência, seguindo diferentes perfis de eventos violentos, de acordo com os padrões de gênero.

A caracterização das pessoas que reportaram vitimização por violência em algum momento da vida demonstrou a categoria de *status* conjugal separado/divorciado como responsável pela maior prevalência de violência auto-referida, estes achados divergem dos apresentados em estudos semelhantes que apontam a presença de companheiro (*status* conjugal casado ou em união estável) como situação de risco para mulheres e o *status* conjugal de solteiro como fator de risco para violência em homens^{23,24}. Esta configuração do *status* separado/divorciado como característica associada à violência em Rio Branco pode estar relacionada aos arranjos contemporâneos de relacionamentos conjugais, nos quais a desvinculação de compromisso gera o relacionamento com múltiplos parceiros em curtos períodos de tempo, atribuindo um estilo de vida mais desprotegido e vulnerável a situações de risco.

A maior prevalência de violência entre os trabalhadores discorda da maior parte dos estudos neste tema, porém, aqui representa a possibilidade de vinculação de situações inseguras de trabalho, considerando a baixa escolaridade e respectiva baixa renda das vítimas de violência, ambas, afirmadas pela OMS e estudos semelhantes^{8,23,24}.

Em relação aos comportamentos de risco e percepção de saúde, o predomínio da prevalência de violência entre os indivíduos portadores de comportamentos de risco ou com pior auto-percepção de saúde corrobora o referencial apresentado sobre as repercussões negativas da violência nas vítimas sobreviventes e o potencial de recidiva de vitimização de violência em função de menor capacidade de defesa para qualquer tipo de violência, por conta da fragilidade deixada pelo primeiro episódio de violência sofrido^{6,9,10}.

Um estudo efetuado junto a puérperas²⁵ encontrou uma prevalência de 13,1% de relato de violência física no último ano, sendo 7,4% desta impetrada durante a gravidez, tendo as formas de agressão mais freqüentes o empurrão e o tapa; em outro estudo sobre violência impetrada por parceiro íntimo²³, a violência psicológica em mulheres foi o evento mais freqüente na vida

(37,60%) e também no último ano (54,90%), apoiando as prevalências de violência em mulheres nos últimos 12 meses apresentadas neste estudo, mesmo tendo ocorrido na cidade São Paulo – SP, uma metrópole com realidade tão diversa de Rio Branco. A parcela restante de vítimas de eventos violentos ocorridos há mais de 12 meses pode indicar que a vitimização por violência aconteceu em outras fases da vida, o que é possível e preocupante, considerando que os recursos pessoais de autodefesa e enfrentamento são mais frágeis na infância e adolescência.

A prevalência de agressor do sexo masculino, aqui apresentada, está entre as mais altas, se comparada com outros estudos sobre o tema^{19,24,26}, os quais também confirmam que este é, majoritariamente, alguém conhecido ou familiar para as vítimas femininas e reside no mesmo domicílio destas, enquanto para vítimas do sexo masculino, este padrão diverge no vínculo com o agressor, os quais são desconhecidos das vítimas.

A predominância de agressores desconhecidos e local de agressão externo ao domicílio das vítimas de violência do sexo masculino é confirmada ao se analisar os atendimentos nos serviços de urgência hospitalar, conforme apresentado em estudo em um serviço de atendimento hospitalar de urgência²⁶, o qual obteve a prevalência majoritária de indivíduos do gênero masculino (69,4%), de cor parda (52,7%), apresentando predominância de lacerações (66,1%) e fraturas faciais (64,1%) como resultado de agressão perpetrada por um homem desconhecido após uma discussão (52,7%).

É preciso enfatizar que, de acordo com estudo realizado junto a um serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência²⁷, características semelhantes às elencadas neste estudo sobre a agressão e agressor servem de sentinela para a configuração de um cenário adequado para reprodução de violência doméstica e sexual, uma tipologia do fenômeno que além de afetar mulheres adultas, alcança também as crianças e adolescentes, em uma fase crítica para seu desenvolvimento, gerando prejuízos inestimáveis para o restante de suas vidas.

Tratando-se da busca pelo atendimento de saúde, a prevalência de procura entre as vítimas foi de cerca de 90%, muito alta em relação ao apontado por estudo semelhante²⁴ no qual ocorreu o inverso: a maior parte das vítimas (86%) não procurou por ajuda em serviço de saúde e/ou delegacia. Considerando a repercussão social que o problema da violência vem ganhando e conseqüentes inovações legais contemporâneas (Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha) e respectiva reorganização dos serviços, tanto de segurança pública (delegacias especializadas), quanto de saúde (Núcleos de Apoio à Saúde da família), é possível que a boa procura pelos

serviços de saúde por parte dos residentes de Rio Branco esteja relacionada ao arcabouço de acolhimento das vítimas de violência estruturado nesta cidade, acompanhando as inovações supramencionadas, mesmo que este ainda apresente alguns problemas²⁸.

No Brasil, o setor saúde, vem tentando estabelecer ações mais abrangentes visando a redução da violência, tal como a atual política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde, embora, assim como em décadas passadas, a violência siga como um problema persistente e em crescimento nas estimativas, tanto de investimentos em saúde, quanto de indicadores de morbimortalidade²⁹.

Os resultados apresentados corroboram o perfil da violência observado em outras localidades brasileiras, mesmo as mais diversas. Neste contexto, a violência doméstica e intra-familiar têm se destacado, chamando a atenção da sociedade e poder público para a necessidade de seu enfrentamento, visto que nas estatísticas oficiais, de coleta sistemática, ambas permanecem obscuras. Sugere-se a ampliação deste estudo a fim de explorar mais profundamente as características da agressão (p.ex. intensidade), das vítimas (p.ex. outras fases de vida: infância e adolescência) e do agressor (p.ex. características sócio-econômicas e demográficas), além de discriminar melhor estes aspectos no estudo específico da violência sexual.

5. REFERÊNCIAS

1. Krug, EG; Dahlberg, LL; Mercy, JA; Zwi, AB; Lozano, R (Editors). World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Abramovay, M; Castro, MG; Pinheiro, LC; Lima, FS; Martinelli, CC. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas Públicas. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Brasília: 2002.
3. Espinoza, H. A paradigm for developing a comprehensive treatment protocol for survivors of domestic violence. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17 (2): 116-118.
4. Espinoza, H; Camacho, AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17 (2): 123-129.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica - nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília: Ministério da saúde, 2002.
6. Andrade, CJM; Fonseca, RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev esc enferm USP* 2008; 42 (3): 591-595.
7. Araújo, MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol estud* 2002; 7 (2): 3-11.
8. Leôncio, KL; Baldo, PL; João, VM; Biffi, RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev enferm UERJ* 2008; 16 (3): 307-12.
9. WHO, World Health organization. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. Washington, D. C., 2008.
10. WHO, World Health Organization; OPS, Organización Panamericana de la salud. Prevención de lesiones y violencia: guía para los ministerios de salud. Washington, D. C., 2007.
11. Souza, ER de; Lima, MLC de. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11 (2): 363-373.
12. Volpato, GL. Dicas para redação científica: por que não somos citados? 2 ed. Botucatu: Joarte, 2006.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de Dados – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2006. Taxas de mortalidade por causas externas. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2006/c09.def> (Acessado em: 20/jun/2008).

14. WHO, World Health organization. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596367_eng.pdf (Acessado em: 20/ago/2008).
15. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2006. Rio de Janeiro, IBGE: 2007.
16. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Rio Branco (2008). <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (Acessado em: 05/nov/2008).
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
18. Moura, EC; Neto, OLM; Malta, DC; Moura, L; Silva, NN; Bernal, R; Claro, RM; Monteiro, CA. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11 supl 1: 20-37.
19. Campos, MAMR; Schor, N; Anjos, RMP, Laurentiz, JC; Santos, DV; Peres, F. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde soc* 2005; 14 (1): 101-109.
20. Reichenheim, ME; Moraes, CL; Szklo, A; Hasselmann, MH, Souza, ER; Lozana, JA; Figueiredo, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (2): 425-437.
21. Moraes, CL de; Apratto Junior, PC; Reichenheim, ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (10) 2289-2300.
22. CONEP, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196/1996.
23. Schraiber, LB; D'oliveira, AFPL; Franca Junior, I; Diniz, S; Portella, AP; Ludermir, AB; Valença, O; Couto, AT Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 supl 5: 797-807.

24. Fonseca, AM; Galduroz, JCF; Tondowski, CS; Noto, AR. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. Rev Saúde Pública. ahead of print, pp. 0-0.
25. Menezes, TC; Amorim, MMR; Santos, LC; Faúndes, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25 (5): 309-316.
26. Oliveira, CMCS; Santos, JS; Brasileiro, BF; Santos, TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac 2008; 8 (3): 57 - 68.
27. Vargas, JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. Rev katálysis 2008; 11 (2): 177-186.
28. Costa, FP (Org.). Lei Maria da Penha: aplicação e eficácia no combate á violência de gênero. Rio Branco – AC: Edufac, 2008.
29. Guimaraes, JMX; Vasconcelos, EE; Cunha, RS; Pinto, LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Ciênc saúde coletiva 2005; 10 (2): 441-451.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação descreve os resultados de análises realizadas a partir de dados obtidos pelo Inquérito Domiciliar “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC”. Os achados refletem que os piores padrões socioeconômicos, comportamentos de risco (como o hábito do etilismo) e percepção de saúde insatisfatória estão associados à vitimização pela violência em Rio Branco – AC. Além disso, as informações específicas sobre as agressões e agressores revelam a existência de questões de gênero determinando cenários diferentes de violência para homens e mulheres.

Se por um lado são necessárias políticas públicas de alcance efetivo dirigidas para a população vítima de violência, desde a prevenção dos eventos violentos até a minimização de seus prejuízos, por outro lado, percebe-se a insuficiência dos esforços empreendidos no tocante às políticas públicas direcionadas à prevenção da formação de agressores. No contexto multidimensional de crescimento ou publicidade da violência em todo o mundo é reforçado o papel da integração entre os diversos setores sociais, bem como o fortalecimento da sociedade civil organizada para intervir sobre esse problema no âmbito coletivo e particular.

O cenário de violência observado na capital do Estado do Acre reproduz grande parte da realidade de violência de cidades muito diversas em aspectos socioeconômicos, geográficos, demográficos e culturais (p.ex. São Paulo). Diante da atual política governamental de desenvolvimento econômico aplicada nesta localidade, apesar de alguns avanços nas políticas dirigidas ao manejo da violência, o cenário de violência precisa ser melhor trabalhado, a fim de garantir que o desenvolvimento social acompanhe o econômico para impedir que as desigualdades sociais apresentadas pelas vítimas de violência, ou aquelas em situação de vulnerabilidade se aprofundem.

8. REFERÊNCIAS (DISSERTAÇÃO)

Abramovay, M; Castro, MG; Pinheiro, LC; Lima, FS; Martinelli, CC. **Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas Públicas**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Brasília: 2002. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf> (Acessado em: 09/jul/2008).

Brasil, Ministério da Saúde. Banco de Dados – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2006. **Taxas de mortalidade por causas externas**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c09.def> (Acessado em: 20/jul/2008).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica - nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

Cruz, JM. **La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España**. Rev Panam Salud Publica, Apr./May 1999, vol.5, n.4-5, p.259-267. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400009 (Acessado em:10/jul/2008).

Dahlberg, LL; Krug, EG. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciênc. saúde coletiva: Rio de Janeiro, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 18/jul/2008).

Deslandes, SF. **Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.

Espinoza, H. **A paradigm for developing a comprehensive treatment protocol for survivors of domestic violence**. Rev Panam Salud Publica, Washington 2005, v. 17, n. 2, p. 116-118. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000200008&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 16/jul/2008).

Espinoza, H; Camacho, AV. **Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality**. Rev Panam Salud Publica, Washington 2005, v. 17,

n. 2, p. 123-129. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000200011&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 16/jul/2008).

Garfield, R; Llantén, MCP. **The public health context of violence in Colombia.** Rev Panam Salud Pública 2004; vol.16, n.4, p. 266–71. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n4/23076.pdf> (Acessado em: 10/jul/2008).

Gomes, CB. **A banalização da vida, suas conseqüências e seus condicionantes.** Rev Cienc Méd Biol, Salvador, v.3, n.1, p.89-107, jan./jun. 2004. http://www.cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/Pdf_3_1/vol_3_1_12.pdf (Acessado em: 13/jul/2008).

Guimarães, SP; Campos, PHF. **Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes.** Psicol Reflex Crit, Porto Alegre 2007, v. 20, n. 2. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200003&lng=pt (Acessado em: 26/jun/2008).

Jackson, M; Ashley, D. **Physical and psychological violence in Jamaica's health sector.** Rev Panam Salud Pública 2005; vol.18, n.2, p.114–21. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27143.pdf> (Acessado em: 09/jul/2008).

Jorge, MHPM; Gawryszewski, VP; Latorre MRDO. **Análise dos dados de mortalidade.** Rev Saúde Pública 1997, vol.31, Suplemento 4, p.5-25. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4s0/3134.pdf> (Acessado em: 15/jul/2008).

Kilsztajn, S. *et al.* **Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e frota de veículos.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.3, 2001. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300008&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 18/jul/2008).

Krug, EG; Dahlberg, LL; Mercy, JA; Zwi, AB; Lozano, R (Editors). **World Report on violence and health.** Geneva: World Health Organization; 2002.

Lima MLC; Ximenes RAA; Feitosa CL; Souza ER; Albuquerque MFPM; Barros MDA; Souza WV; Lapa, TM. **Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil.** Rev Panam Salud

Publica 2005; vol.18, n.2, p.122–128. <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v18n2/27144.pdf> (Acessado em: 08/jul/2008).

Luft, CP. **Minidicionário LUFT**. 20ª ed. São Paulo: Ática, 2000.

Minayo, MCS. **Social Violence from a Public Health Perspective**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 1994, vol.10, suplemento 1, p. 07-18. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002 (Acessado em: 14/jul/2008).

Minayo, MCS. **Violence against the elderly: the relevance of an old health problem**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300010&lng=en&nrm=iss (Acessado em: 18/Jul/2008).

Minayo, MCS; Souza, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.4, n.1, p. 7-32, 1999. http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000100002&script=sci_arttext&tlng=pt (Acessado em: 14/jul/2008).

Njaine, K. *et al.* **Production of (mis)information on violence: analysis of a discriminatory practice**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300016&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 18/Jul/2008).

ONU, Organização das Nações Unidas/ PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **IDH nos estados brasileiros, 2000**. [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20de%20Estados%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20de%20Estados%20(pelos%20dados%20de%202000).htm) (Acessado em: 20/ago/2008).

Paim, JS; Costa, MCN; Mascarenhas, JCS; Silva, LMV. **Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil**. Rev Panam Salud Publica,

Nov. 1999, vol.6, no.5, p.321-332. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n5/0956.pdf> (Acessado em: 07/jul/2008).

Porto, AZ. **Aspectos da violência urbana in: II Fórum Brasileiro de Segurança Pública** (26-28 de março de 2008). <http://www.forumseguranca.org.br/artigos/aspectos-da-violencia-urbana> (Acessado em: 25/jun/2008).

Ribeiro, MA; Ferriani, MGC; Reis, JN. **Sexual abuse of children and adolescents: characteristics of sexual victimization in family relations**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 18/Jul/2008).

Schraiber, LB; D'oliveira, AFPL; Couto, MT. **Violence and health: recent scientific studies**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso (Acessado em: 16/jul/2008).

Torres, APR. **The sense of politics in Hannah Arendt**. Trans/Form/Ação 2007, São Paulo, vol.30, n.2, p.235-246. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31732007000200015&script=sci_arttext&tlng=andothers (Acessado em: 14/jul/2008).

UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Mapa da Violência IV: Os Jovens do Brasil, 2004**. <http://www.coav.org.br/publique/media/Mapa%20da%20Viol%C3%Aancia%20IV.pdf> (Acessado em: 19/ago/2008).

Volpato, GL. **Dicas para redação científica: por que não somos citados?** 2 ed. Botucatu: Joarte, 2006.

WHO, World Health organization. **Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence, 2008**. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596367_eng.pdf (Acessado em: 20/ago/2008).

WHO, World Health organization. **Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help, 2008.**
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596589_eng.pdf (Acessado em: 09/jul/2008).

WHO, World Health Organization; OPS, Organización Panamericana de la salud. **Prevención de lesiones y violencia: guia para los ministerios de salud.** Washington, D. C., 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf (Acessado em: 08/jul/2008).

ANEXOS

Anexo 1: Parecer do CEP

Anexo 2: Instrumento de Coleta de Dados

Anexo 3: Percentual de Resposta nos Domicílios




COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA

O Projeto: "*Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre*", protocolado sob o n.º 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como **APROVADO** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.


Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

Universidade Federal do Acre - UFAC
Secretaria de Estado de Saúde do Acre - SESACRE
Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - SEMSA
Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde - SVS

**INQUÉRITO DE FATORES DE RISCO E MORBIDADE PARA DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS
NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO**

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL - Tipo Adulto

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO número de ordem Setor censitário

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

Nome: _____

Endereço _____

Cep _____ Bairro _____ Ponto de referência _____

MÓDULO IDENTIFICAÇÃO

1. QUAL A SUA IDADE _____ anos data nascimento ____/____/____

2. SEXO:

1 () masculino 2 () feminino

3. QUAL SEU ESTADO CIVIL ATUAL?

1 () solteiro 2 () casado/ juntado 3 () viúvo 4 () separado/divorciado

4. A COR DE SUA PELE É:

- 1 () branca
2 () negra
3 () parda ou morena
4 () amarela (apenas ascendência oriental)
5 () vermelha (confirmar ascendência indígena)
777 () não sabe
888 () não quis informar

01. idade ____/____/____

02. sexo ____

03. estacivil ____

04. pele ____

MÓDULO SITUAÇÃO OCUPACIONAL

Agora eu farei perguntas sobre seu trabalho.

1. ATUALMENTE O(A) SR.(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?

1 Sim (*passse 3*) 2 Não

01. trabalho ____

2. PORQUE O(A) SR.(A) NÃO TEM UM TRABALHO REMUNERADO?

Entrevistador: No caso do entrevistado informar duas alternativas, devem ser observadas as seguintes situações:

02. naotraba ____

Informação	Assinalar
Desempregado e Aposentado	Aposentado
Desempregado e Estudante	Estudante
Desempregado e do lar	Caracterizar se é do lar porque está desempregada. Neste caso assinalar desempregado. Caso contrário assinalar do lar.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Estudante e Aposentado</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Aposentado</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Estudante e Do lar</td> <td style="padding: 2px;">Estudante</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Não pode trabalhar por problemas de saúde e Do lar</td> <td style="padding: 2px;">Não pode trabalhar por problemas de saúde.</td> </tr> </table> <p>1 <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Estudante</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não pode trabalhar por problemas de saúde (especifique)</p> <p style="margin-left: 350px;">2 <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p style="margin-left: 350px;">4 <input type="checkbox"/> Do lar</p> <p style="margin-left: 350px;">6 <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	Estudante e Aposentado	Aposentado	Estudante e Do lar	Estudante	Não pode trabalhar por problemas de saúde e Do lar	Não pode trabalhar por problemas de saúde.	
Estudante e Aposentado	Aposentado						
Estudante e Do lar	Estudante						
Não pode trabalhar por problemas de saúde e Do lar	Não pode trabalhar por problemas de saúde.						
<p>3. OCUPAÇÃO SEGUNDO A NATUREZA DO VÍNCULO NO TRABALHO</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Setor privado com carteira comércio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Setor privado sem carteira</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Setor público com vínculo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Setor público sem vínculo (terceirizado(a), contratado(a))</p> <p style="margin-left: 350px;">5. <input type="checkbox"/> Profissional liberal, indústria,</p> <p style="margin-left: 350px;">6. <input type="checkbox"/> Economia informal</p> <p style="margin-left: 350px;">7. <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p style="margin-left: 350px;">8. <input type="checkbox"/> Dona de casa</p> <p>4. PARA NOSSA PESQUISA, É IMPORTANTE CLASSIFICAR OS ENTREVISTADOS SEGUNDO NÍVEIS DE RENDA. COMO JÁ DISSEMOS ANTERIORMENTE, AS INFORMAÇÕES COLHIDAS SÃO DE USO EXCLUSIVO DA PESQUISA E SÃO CONFIDENCIAIS. POR FAVOR, RESPONDA-ME: CONTANDO COM SALÁRIO, PENSÃO, ALUGUEL, BICO, ETC., EM QUE FAIXA DE RENDA O(A) SR.(A) SE ENCAIXA:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não tenho renda <i>(passe Q 6)</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 S.M.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 2 S.M.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> De 2 a menos de 3 S.M.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> De 3 a menos de 5 S.M.</p> <p>5 <input type="checkbox"/> De 5 a menos de 10 S.M.</p> <p style="margin-left: 350px;">6 <input type="checkbox"/> De 10 a menos de 20 S.M.</p> <p style="margin-left: 350px;">7 <input type="checkbox"/> De 20 a menos de 30 S.M.</p> <p style="margin-left: 350px;">8 <input type="checkbox"/> De 30 a menos de 40 S.M.</p> <p style="margin-left: 350px;">9 <input type="checkbox"/> De 40 a menos de 50 S.M.</p> <p style="margin-left: 350px;">10 <input type="checkbox"/> 50 S.M. ou mais</p> <p style="margin-left: 350px;">99 <input type="checkbox"/> NS/Recusa</p> <p>5. AGORA, POR FAVOR, RESPONDA-ME, QUAL É SUA RENDA</p> <p>TOTAL POR MÊS R\$ <input style="width: 50px;" type="text"/>,<input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 350px;">99 <input type="checkbox"/> NS/Recusa</p> <p>6- O(A) SENHOR (A) FREQUENTOU A ESCOLA?</p> <p>Se sim, até que série e grau o Sr(a). estudou? _____ série _____ grau</p> <p>(00) não frequentou escola e não sabe ler/escrever</p> <p>(88) não frequentou escola, mas sabe ler e escrever</p> <p>(999) NS/NR</p>	<p>03. setor ____</p> <p>04. renda ____</p> <p>05. rendatotal ____</p> <p>06. escola ____</p>						
<p><u>MÓDULO TABAGISMO EM ADULTO</u></p> <p>Agora farei algumas perguntas sobre o fumo.</p>							
<p>1. O(A) SR(A) FUMA?</p> <p>1 () sim, diariamente</p> <p>2 () sim, ocasionalmente</p> <p>3 () não</p>	<p>01. fuma ____</p>						
<p><u>MÓDULO ALCÓOL</u></p>							
<p>As perguntas que farei agora são sobre a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas que o(a) sr.(a) consome.</p>							
<p>1. O(A) SR(A) COSTUMA CONSUMIR BEBIDA ALCOÓLICA?</p> <p>1 () sim 2 () não <i>(passe Módulo Percepção de saúde e Morbidade referida)</i></p>	<p>01. bebealcool ____</p>						
<p>2. COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) COSTUMA INGERIR ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA?</p> <p>1 () 1 a 2 dias por semana</p> <p>2 () 3 a 4 dias por semana</p> <p>3 () 5 a 6 dias por semana</p> <p>4 () todos os dias</p> <p>5 () menos de 1 dia por semana</p> <p>6 () menos de 1 dia por mês (pule para o módulo de Percepção de Saúde)</p>	<p>02. freqalcool ____</p>						
<p>3. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)</p> <p>1 o sim (pule para q5) 2 o não (pule para o módulo de morbidade referida)</p>	<p>03. alhom ____</p>						

<p>3. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (<i>só para mulheres</i>) 1 <input type="radio"/> sim 2 <input type="radio"/> não (pule para o módulo de morbidade referida)</p>	04. almul ___																																																
<p align="center">MÓDULO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA</p> <p>Agora farei perguntas sobre sua saúde.</p> <p>1. O(A) SR(A). CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE COMO? <i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i> 1 <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 777 <input type="checkbox"/> Não sabe 888 <input type="checkbox"/> Não quis informar</p> <p>2 ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM OU TEVE ALGUMAS DAS SEGUINTES DOENÇAS? <i>Entrevistador: Leia as alternativas. ATENÇÃO! Não deixe alternativas em branco.</i></p> <table><tr><td>1. Pressão arterial / Hipertensão</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M1 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5. Depressão</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M5 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>9. Hepatite</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M9 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>13. AIDS/SIDA</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M13 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>19. Outra _____ (especifique)</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M19 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>20. Outra _____ (especifique)</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>M20 <input type="checkbox"/></td></tr></table>	1. Pressão arterial / Hipertensão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M1 <input type="checkbox"/>	5. Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M5 <input type="checkbox"/>	9. Hepatite	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M9 <input type="checkbox"/>	13. AIDS/SIDA	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M13 <input type="checkbox"/>	19. Outra _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M19 <input type="checkbox"/>	20. Outra _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M20 <input type="checkbox"/>	01. saude ___																								
1. Pressão arterial / Hipertensão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M1 <input type="checkbox"/>																																														
5. Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M5 <input type="checkbox"/>																																														
9. Hepatite	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M9 <input type="checkbox"/>																																														
13. AIDS/SIDA	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M13 <input type="checkbox"/>																																														
19. Outra _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M19 <input type="checkbox"/>																																														
20. Outra _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	M20 <input type="checkbox"/>																																														
<p align="center">MÓDULO QUALIDADE DE VIDA – CONDIÇÃO FUNCIONAL</p> <p>Agora eu começarei a fazer perguntas sobre dificuldades para realizar algumas atividades de rotina.</p> <p>1. DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS APROXIMADAMENTE POR QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) SE SENTIU TRISTE OU DEPRIMIDO(A)? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Dias 00 <input type="checkbox"/> Nenhum 999 <input type="checkbox"/> NS/NR</p> <p>2. O(A) SR.(A) TEM ALGUMA LIMITAÇÃO OU DIFICULDADE PARA FAZER AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR CAUSA DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE OU INCAPACITAÇÃO? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (<i>se for mulher até 69 anos passe Módulo Exames para detecção...</i>) (<i>caso contrário passe Módulo Acidentes de Trânsito</i>)</p> <p>3. QUAL OU QUAIS SÃO AS SUAS PRINCIPAIS LIMITAÇÕES OU DIFICULDADES? <i>Entrevistador: Não leia as alternativas. ATENÇÃO! Não deixe alternativas em branco.</i></p> <p>PROBLEMA:</p> <table><tr><td>1. Cansaço, mal estar geral</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P1 ___</td></tr><tr><td>2. Depressão, ansiedade ou problema emocional</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P2 ___</td></tr><tr><td>3. Dor de cabeça/enxaqueca</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P3 ___</td></tr><tr><td>4. Dificuldade de respirar/condição pulmonar</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P4 ___</td></tr><tr><td>5. Dificuldade para andar/mover membros inferiores</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P5 ___</td></tr><tr><td>6. Dificuldade para movimentar braço, mão/membros superiores</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P6 ___</td></tr><tr><td>7. Fraturas ou lesões nas juntas ou articulações</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P7 ___</td></tr><tr><td>8. Problemas de audição</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P8 ___</td></tr><tr><td>9. Problemas de coluna</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P10 ___</td></tr><tr><td>10. Problemas de visão</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P11 ___</td></tr><tr><td>11. Outras limitações _____ (especifique)</td><td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td><td>2 <input type="checkbox"/> Não</td><td>P12 _____</td></tr><tr><td>99. <input type="checkbox"/> NS/NR</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1. Cansaço, mal estar geral	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P1 ___	2. Depressão, ansiedade ou problema emocional	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P2 ___	3. Dor de cabeça/enxaqueca	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P3 ___	4. Dificuldade de respirar/condição pulmonar	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P4 ___	5. Dificuldade para andar/mover membros inferiores	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P5 ___	6. Dificuldade para movimentar braço, mão/membros superiores	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P6 ___	7. Fraturas ou lesões nas juntas ou articulações	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P7 ___	8. Problemas de audição	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P8 ___	9. Problemas de coluna	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P10 ___	10. Problemas de visão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P11 ___	11. Outras limitações _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P12 _____	99. <input type="checkbox"/> NS/NR				01. dep ___ 02. limit ___
1. Cansaço, mal estar geral	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P1 ___																																														
2. Depressão, ansiedade ou problema emocional	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P2 ___																																														
3. Dor de cabeça/enxaqueca	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P3 ___																																														
4. Dificuldade de respirar/condição pulmonar	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P4 ___																																														
5. Dificuldade para andar/mover membros inferiores	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P5 ___																																														
6. Dificuldade para movimentar braço, mão/membros superiores	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P6 ___																																														
7. Fraturas ou lesões nas juntas ou articulações	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P7 ___																																														
8. Problemas de audição	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P8 ___																																														
9. Problemas de coluna	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P10 ___																																														
10. Problemas de visão	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P11 ___																																														
11. Outras limitações _____ (especifique)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	P12 _____																																														
99. <input type="checkbox"/> NS/NR																																																	
<p align="center">MÓDULO VIOLÊNCIA</p> <p>Agora eu começarei a fazer um conjunto de perguntas que têm relação com Violência.</p> <p>Entrevistador: Leia a definição de violência.</p> <p><i>DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA</i> Considera-se violência como o uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento</p>																																																	

ou privação (OMS, 2002).

1. O(A) SR.(A) JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA NA VIDA?

- 1 Sim
2 Não (*Passe para o módulo antropometria*)
999 NS/NR (*Passe para o módulo antropometria*)

01. viol__

2. NOS ULTIMOS 12(DOZE) MESES O(A) SR.(A) SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA ?

- 1 Sim
2 Não (*Passe para o módulo antropometria*)
999 NS/NR (*Passe para o módulo antropometria*)

02. sofvio __

3. QUAL FOI O MEIO DE AGRESSÃO?

- 1 Física/espancamento
2 instrumento perfuro - cortante
3 Arma de fogo
4 outro _____
999 NS/NR (*Não leia*)

03. qualag __

4. QUAL FOI O TIPO DE VIOLÊNCIA?

- 1 Física
2 Psicológica/Moral
3 Negligência/Abandono
4 Sexual
5 Tráfico de seres humanos
6 Tortura
7 Trabalho infantil
8 outro _____
999 NS/NR (*Não leia*)

04. tipovi __

5. QUAL O PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO?

- 1 Familiar
2 Conhecido
3 Desconhecido
999 NS/NR (*Não leia*)

05. autor __

6. QUAL O SEXO DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO?

- 1 Masculino 2 Feminino
999 NS/NR (*Não leia*)

06. sexovi __

7. QUAL O LOCAL DE OCORRÊNCIA?

- 1 Residência 5 Bar ou similar
2 Escola 6 Local de prática esportiva
3 Via Pública(rua) 7 _____
4 Trabalho
999 NS/NR (*Não leia*)

07. local __

8. PROCUROU O SERVIÇO DE SAÚDE? 1 Sim 2 Não

08. ssvio __

AGRADEÇA E FINALIZE A ENTREVISTA.

Anexo 3: Percentual de Resposta nos Domicílios

Processo de amostragem

Uma amostra de domicílios foi sorteada para a realização de entrevistas em adultos com idade igual ou superior a 18 anos, resultante de sorteio por conglomerados em dois estágios, tomando-se os 35 setores censitários da PNAD (2005) como unidades primárias de amostragem (UPAs); e em seguida foram sorteados, sistematicamente os endereços, segundo cópias dos cadastros concedidas pela agência local do IBGE.

A figura abaixo mostra que foram encontrados cerca de 87 domicílios ocupados para cada 100 endereços sorteados no levantamento, enquanto percentual de respostas correspondeu a 86,58%. Ainda destaca-se como informação relevante a razão de elegíveis por domicílio participante, encontrando-se para cada 4 domicílios visitados, pouco mais de nove indivíduos maiores de 18 anos.

Figura 1. Fluxo de elegibilidade de participantes adultos do inquérito populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças em Rio Branco - AC (2007-2008)”.

