Alice Barone de Andrade

**Exposição à violência e autoavaliação de saúde:
análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa: Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho Peres

São Paulo

2018

Alice Barone de Andrade

**Exposição à violência e autoavaliação de saúde:
análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa: Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho Peres

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Andrade, Alice Barone de

Exposição à violência e autoavaliação de saúde : análise de dados da
Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013 / Alice Barone de Andrade. --
São Paulo, 2018.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Maria Fernanda Tourinho Peres.

Descritores: 1.Exposição à violência 2.Depressão 3.Autoavaliação
4.Inquéritos epidemiológicos 5.Saúde coletiva 6.Estudos transversais

USP/FM/DBD-521/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*À Manuela Ferreira de Andrade, que
me lembra o quanto o mundo pode ser gentil
e que vale a pena tentar fazê-lo mais justo,
afetuoso e livre.*

Agradecimentos

Acredito que as coletividades nos fazem mais potentes. A concretude desse trabalho só se fez possível, pois tive uma rede de pessoas com as quais pude compartilhar essa jornada. Deixo um pouco de cada uma delas pelas páginas dessa dissertação, mas, mais do que isso, as carrego comigo para os próximos caminhos.

À minha orientadora, Maria Fernanda Tourinho Peres, que me acolheu e me mostrou o caminho por entre minhas ideias, por vezes confusas. Obrigada pela leveza das trocas e pelos encorajamentos necessários.

À Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras e Cláudia Renata dos Santos Barros, que compuseram a banca de qualificação e contribuíram com apontamentos precisos que transformaram o caminho desta dissertação.

À Catarina Machado Azeredo, que colaborou na composição de meu primeiro artigo e trouxe clareza metodológica nos momentos de dúvida.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, que, desde a residência, me recepcionou e me abraçou nessa selva de pedras. Muito de meu crescimento profissional e pessoal perpassam por esses corredores.

À Denise Schout, que me aconselhou e motivou durante o processo, além de fazer com que fosse possível conciliar o trabalho com a academia.

Aos colegas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HCFMUSP, que compartilharam comigo os primeiros passos desse trabalho e me abriram as portas para o mundo profissional.

À Dulce Consuelo Correa Barone, minha mãe, mulher guerreira e meu primeiro exemplo de feminismo, que por meio de seu cuidado, afeto e incentivo mostrou que eu podia ser tudo o que eu quisesse.

Ao Henrique Barone de Andrade e Julia Barone de Andrade, meus irmãos, que reinventam a saudade e me ensinam constantemente o que é amor incondicional.

À Sarah Maria Parize Clemente, que ressignificou minha vida e que, com amor e paciência, me apoiou do início ao fim. Sua presença e companherismo fez com que eu tivesse fôlego para seguir em frente.

E aos amigos, em especial Natalia Junqueira e Thais Basso, que permitiram que eu compartilhasse angústias, compreenderam ausências e tornaram meu dia-a-dia mais leve. Foi no apartamento 61 que São Paulo virou casa.

(...)

*E já tarde da noite
volta meu elefante,
mas volta fatigado,
as patas vacilantes
se desmancham no pó.
Ele não encontrou
o de que carecia,
o de que carecemos,
eu e meu elefante,
em que amo disfarçar-me.
Exausto de pesquisa,
caiu-lhe o vasto engenho
como simples papel.
A cola se dissolve
e todo o seu conteúdo
de perdão, de carícia,
de pluma, de algodão,
jorra sobre o tapete,
qual mito desmontado.
Amanhã recomeço.*

O Elefante. Carlos Drummond de Andrade, 1984.

Ninguém solta a mão de ninguém

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Autoavaliação do estado de saúde	1
1.2. Violência	11
1.2.1. Violência comunitária	14
1.2.2. Violência familiar	18
1.3. Depressão	21
1.3.1. Exposição a violência e depressão	22
1.3.2. Depressão e autoavaliação de saúde	25
1.4. Inquéritos populacionais de saúde	27
1.4.1. Pesquisa Nacional de Saúde 2013.....	31
2. JUSTIFICATIVA	34
3. OBJETIVOS	36
4. MÉTODO.....	37
5. ANÁLISES.....	44
6. QUESTÕES ÉTICAS	49
7. RESULTADOS	50
8. DISCUSSÃO	67
9. CONCLUSÃO.....	81
10. REFERÊNCIAS.....	83
11. ANEXOS	97

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1 - O processo pelo qual o indivíduo avalia sua saúde</u>	3
<u>Figura 2 - Processo amostral PNS 2013</u>	38
<u>Figura 3- Gráfico acíclico direto do efeito da exposição à violência sobre a autoavaliação negativa de saúde</u>	47
<u>Figura 4 - Resultados mediação. DAG do efeito da exposição à violência sobre a autoavaliação negativa de saúde</u>	66

LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1 - Natureza da violência segundo tipo de violência referida. Brasil, PNS 2013.</u>	
.....	52
<u>Gráfico 2 - Meio pelo qual a violência foi perpetrada, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.</u>	
.....	53
<u>Gráfico 3 - Local de exposição à violência, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.</u>	
.....	54
<u>Gráfico 4 - Autor da violência familiar. Brasil, PNS 2013.</u>	54
<u>Gráfico 5 - Autor da violência comunitária. Brasil, PNS 2013.</u>	55
<u>Gráfico 6 - Consequências pós-exposição, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.</u>	
.....	56
<u>Gráfico 7 - Exposição à violência interpessoal e autoavaliação negativa de saúde. Brasil, PNS 2013.</u>	
.....	57

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1 - Descrição e tratamento das variáveis. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil</u>	43
<u>Tabela 2 – Características da amostra. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	50
<u>Tabela 3 - Exposição à violência, depressão e autoavaliação de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	51
<u>Tabela 4 - Associação bruta entre variáveis demográficas e de saúde e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	59
<u>Tabela 5 - Associação bruta e ajustada entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	61
<u>Tabela 6 - Análise ajustada da associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde e entre exposição à violência e depressão. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	62
<u>Tabela 7 - Análise ajustada para depressão e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	64
<u>Tabela 8 - Análise de mediação da depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.</u>	65

Andrade AB. *Exposição à violência e autoavaliação de saúde: análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Resumo

São conhecidos os impactos negativos isolados das violências comunitária e familiar na percepção de saúde dos indivíduos, mas existe pouca evidência sobre o efeito combinado desses dois tipos de violência. Além disso, não se conhece ao certo o mecanismo por meio do qual a exposição à violência se associa a autoavaliação negativa de saúde. Uma das hipóteses é que tal associação se dá, em parte, pelo efeito mediador da depressão. **OBJETIVO:** O presente estudo pretende (1) descrever a ocorrência das violências familiar e comunitária, considerando a natureza do ato, a arma utilizada, o local da ocorrência, o autor e as consequências pós-exposição; (2) analisar a associação entre a exposição às violências comunitária e familiar e a autoavaliação negativa de saúde, distinguindo os tipos de violência sofridos e, também, considerando sua concomitância e (3) investigar o efeito mediador da depressão na associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico de corte transversal desenvolvido com os dados da “Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013”. A análise foi realizada no programa de estatística STATA 12.0. Foram realizados modelos de regressão logística multinominal brutos e ajustados para teste de associação entre exposição a violências (comunitária, familiar e combinada) e autoavaliação de saúde (muito boa/boa/regular x ruim/muito ruim). A análise de mediação foi realizada por meio do g-formulation. Para tal análise, a exposição à violência foi recategorizada para ausente/presente e a depressão nos 15 dias anteriores à aplicação do formulário foi medida por meio do PHQ-9. **RESULTADOS:** Todos os tipos de violência analisados se associaram à autoavaliação negativa de saúde. A magnitude da associação foi crescente entre violência comunitária (OR 1,52; IC95% 1,15-2,00), violência familiar (OR 2,01; IC95% 1,65-2,44) e coocorrência das duas violências (OR 3,38; IC95% 1,67-6,82), sugerindo que a exposição concomitante aos dois tipos de violência potencializa o efeito negativo sobre a autoavaliação de estado de saúde. Na análise de mediação, o efeito natural indireto (NIE) apontou que 71% do efeito total da exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde são mediados pela depressão e somente 29% correspondem ao efeito natural direto (NDE). **CONCLUSÃO:** A exposição à violência interpessoal associa-se a uma pior autoavaliação do estado de saúde. O efeito da violência familiar foi mais forte do que o da violência comunitária e o da exposição combinada foi superior ao da violência familiar isolada. Os achados da análise de mediação demonstraram que a depressão apresenta um importante papel nos efeitos da saúde decorrentes da violência. Ao considerar a violência um estressor psicossocial sua potencialização do efeito pela polivitimização fica evidenciado, sendo importante conseguir explorá-lo melhor e identificar suas consequências na saúde.

Descritores: exposição à violência; depressão; autoavaliação; inquéritos epidemiológicos; saúde coletiva; estudos transversais.

Andrade AB. *Exposure to violence and self-rated health: data analysis from the National Health Survey (PNS), 2013* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

The isolated negative impacts of community and family violence on individuals' perceptions of health are known, but there is little evidence on the combined effect of these two types of violence. In addition, the mechanism by which exposure to violence is associated with self-rated health is not known. One of the hypotheses is that this association is due, in part, to the mediating effect of depression. Objective: This study aims to: 1) describe the occurrence of family and community violence, considering the nature of the act, weapon used, place of occurrence, author and consequences after exposure, 2) analyze the association between exposure to community violence and family and negative self-assessment of health, distinguishing the types of violence suffered and also considering their concomitance and 3) investigating the mediating effect of depression on the association between exposure to violence and negative self-rated health. Methods: Cross-sectional epidemiological study developed with the data "National Health Survey - PNS 2013". The analysis was performed in the statistical program STATA 12.0. Crude and adjusted multinomial logistic regression models were used to test the association between exposure to violence (community, family and combined) and self-rated health (very good / good / regular vs. bad / very poor). Mediation analysis was performed using *g-formulation*. For this analysis, exposure to violence was recategorized to absent/present and depression within 15 days prior to application of the questionnaire was measured using PHQ-9. Results: All types of violence analyzed were associated with negative self-rated health. The magnitude of the association was increased between community violence (OR 1.52, 95% CI 1.15-2.00), family violence (OR 2.01, 95% CI 1.65-2.44) and co-occurrence of the two (OR 3.38, CI 95% 1.67, 6.82), suggesting that the concomitant exposure to both types of violence potentiates the negative effect on self-rated health. In the mediation analysis, the indirect natural effect (NIE) indicated that 71% of the total effect of exposure to violence and negative self-rated health is mediated by depression and only 29% corresponds to the direct natural effect (NDE). Conclusion: Exposure to interpersonal violence is associated with a worse self-rated health. The effect of family violence was stronger than that of community violence and that of combined exposure was higher than that of isolated family violence. The findings of the mediation analysis demonstrated that depression plays an important role in the health effects of violence. When considering the violence a psychosocial stressor its potentialization of the effect by the polivictimization becomes evident being important to be able to exploit it better and to identify its health consequences.

Descriptors: exposure to violence; depression; self-assessment; health surveys; public health; cross-sectional studies.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Autoavaliação do estado de saúde

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador que pode servir de base para diversas análises sobre morbidade e mortalidade. De obtenção simples, é bastante utilizado durante a realização de inquéritos e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a avaliação de saúde das populações.

O resultado da autoavaliação indica uma classificação global da pessoa entrevistada, considerando tanto as possíveis doenças que ela porta, quanto o impacto que essas doenças geram ao seu bem-estar biopsicossocial. Dessa forma, tal indicador se diferencia da maioria dos indicadores de saúde, pois suas origens expõem um processo cognitivo ativo que resulta da percepção integrada sobre a saúde, incluindo aspectos físicos, biológicos, psicológicos e sociais (Idler e Benyamini, 1997; Jylhä, 2009).

É possível dizer, de maneira sucinta, que a autoavaliação do estado de saúde consiste na percepção dos indivíduos sobre sua própria saúde. Entretanto, no aspecto conceitual, Jylhä (2009) afirma que devemos entender a autoavaliação de forma complexa e analisá-la como "uma declaração sobre a maneira pela qual vários aspectos da saúde, tanto subjetiva e objetiva, são combinados no âmbito de percepção individual do entrevistado" (Jylhä, 2009, p.308).

Este indicador vem sendo utilizado e estudado mundialmente. Em sua aplicação, solicita-se aos indivíduos que avaliem seu estado de saúde em uma escala de quatro ou cinco pontos, a partir de uma pergunta geral – “Em geral, como você avalia sua saúde?” –, com as opções de resposta variando de “excelente” ou “muito boa” até “ruim” ou “muito ruim”. A autoavaliação de saúde representa um bom preditor do estado de saúde e tem sido, desde a década de 1950, um dos indicadores de saúde mais utilizados na pesquisa sociológica em saúde, pois, além de apresentar boa concordância com a avaliação médica, é de fácil aplicabilidade e reprodutibilidade (Fayers e Sprangers, 2002; Idler e Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Schnittker e Bacak, 2014).

Um estudo realizado por Jylhä (2009) teve o objetivo de aproximar a perspectiva cognitiva e a perspectiva epidemiológica da autoavaliação da saúde, inserindo-as em um quadro conceitual comum. A autora apresenta um modelo (Figura 1) que tem o objetivo de revelar a complexidade do processo pelo qual o indivíduo transita até que, por fim, avalie sua própria saúde. Tal modelo auxilia a compreender os processos individuais da autoavaliação da saúde, sua base biológica e seus contextos sociais e culturais. De acordo com a autora, tal modelo tem o propósito de ajudar pesquisadores de diferentes *backgrounds* a interpretar os resultados obtidos com o uso desse indicador, o que, por consequência, os auxilia em novas pesquisas (Figura 1).

Figura 1 - O processo pelo qual o indivíduo avalia sua saúde

Fonte: Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.

A primeira demonstração clara de associação entre autoavaliação de saúde e mortalidade veio com a análise do estudo longitudinal de Manitoba, realizada por Mossey e Shapiro em 1982. Esse estudo pioneiro mostrou que a autoavaliação de saúde dos idosos canadenses era um melhor preditor de sobrevida do que seus

registros médicos ou seus relatos de histórico médico (Mossey e Shapiro, 1982). A partir de então, muitos estudos nacionais e internacionais se dedicaram a estudar a associação entre a autoavaliação de saúde e mortalidade, com um aumento substancial da produção desses estudos ao longo da década de 90, quando o tema foi introduzido em inquéritos populacionais. A maioria desses estudos encontrou uma associação significativa e independente entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e a mortalidade, associação esta que persiste quando outros indicadores de status de saúde e outras covariáveis relevantes, como fatores socioeconômicos e comorbidades, eram considerados na análise (Andrade e Mehta, 2018; Dachs e Santos, 2006; Idler e Benyamini, 1997; Kaplan e Camacho, 1983; Nery Guimarães et al., 2012; Schnittker e Bacak, 2014; Svedberg et al., 2006).

Tais estudos surgiram em um momento em que o campo da epidemiologia psicossocial estava rapidamente ganhando prestígio, em razão da publicação da série de estudos sobre redes sociais como determinantes da mortalidade. Ao mesmo tempo, outros estudos relacionados à qualidade de vida e ao autocuidado estavam trazendo à luz fatores pouco relatados, ainda assim associados a condições de saúde; fatores como escolaridade, violência, aumento de condições crônicas e falta de acesso ao serviço de saúde (Carneiro et al., 2007; Jylhä, 2009; Ribeiro, 2011).

Uma revisão bibliográfica realizada em 1997 (Idler e Benyamini, 1997) identificou que 23 dos 27 estudos analisados apresentam achados consistentes sobre os efeitos independentes da avaliação negativa de saúde sobre a mortalidade, sendo que, na grande maioria desses estudos, foi encontrado *Odds Ratio* (OR) entre 1,5 e 3,0. Além disso, os autores apontam que os resultados seguem um padrão de “dose-resposta”, ou seja, quanto pior a saúde é avaliada, maior o risco de morte, concluindo, assim,

que a autoavaliação representa uma fonte de dados muito valiosa sobre o estado de saúde (Idler e Benyamini, 1997).

Atualmente, a importância da autoavaliação de saúde como indicador de saúde está bem estabelecida (Schnittker e Bacak, 2014). Estudos mostram que a autoavaliação negativa de saúde possui características únicas que representam um papel importante na predição da mortalidade, da morbidade e da menor sobrevivência, mesmo quando medidas clínicas são levadas em consideração (Dachs e Santos, 2006; Jylhä, 2009; Meurer et al., 2001; Svedberg et al., 2006; Theme Filha et al., 2008).

Na última década, muitas áreas de investigação em ciências sociais e epidemiologia têm buscado refinar a pesquisa dos determinantes sociais e individuais da autoavaliação de saúde (Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Cau et al., 2016; Chireh e D'Arcy, 2018; Garcia et al., 2010; Lodin et al., 2017; Mascarenhas et al., 2017; Ou et al., 2018; Santos et al., 2007). Entre os determinantes individuais, é possível dizer, com base na literatura, que as pessoas, conforme envelhecem, tendem a classificar pior a sua saúde, ou seja, quanto mais se avança para faixas etárias maiores, mais o estado geral de saúde diminui e, conseqüentemente, a autoavaliação de saúde decai (Andrade e Mehta, 2018; Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Carvalho et al., 2015; Cau et al., 2016; Chireh e D'Arcy, 2018). Exemplo disso é um estudo realizado no Brasil (2018), no qual o avanço da idade esteve associado à chance maior de se autoavaliar a saúde como ruim (OR 1,02; 1,01 – 1,02), sendo a idade analisada de forma contínua (Andrade e Mehta, 2018). No Canadá, Chireh e D'Arcy (2018) reiteram que a autoavaliação positiva de saúde diminui nas faixas etárias mais elevadas; os entrevistados entre 65-74 anos e aqueles com mais de 85 anos tiveram, em comparação com o grupo de meia-idade (45-54 anos), menos probabilidade de

relatar uma boa autoavaliação de saúde com razões de chances significativas (OR = 0,56, $p < 0,001$) e (OR = 0,36, $p < 0,001$), respectivamente.

Os achados em relação à autoavaliação em saúde e sexo indicam que mulheres tendem a avaliar sua saúde como ruim – comparativamente pior que a dos homens (Andrade e Mehta, 2018; Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Cau et al., 2016; Chireh e D'Arcy, 2018; Hosseinpour et al., 2012; Sundaram, 2004). O estudo realizado por Cau et al. (2016), com o objetivo de identificar os fatores associados à autoavaliação negativa de saúde em Moçambique, relatou que, em comparação com os homens, as mulheres apresentam maiores chances de relatar a autoavaliação de saúde negativa (OR 3,14; $p < 0.01$). Hosseinpour et al. (2012) exploraram os determinantes sociais de saúde de homens e mulheres a fim de identificar as diferenças na autoavaliação de saúde e, então, compreender quanto o gênero afeta a saúde da mulher. Utilizando dados da Pesquisa Mundial de Saúde (WHS) o estudo também comparou os resultados encontrados em 19 países da Europa aos resultados de 18 países da África; a comparação apontou uma diferença de 30% entre homens e mulheres no que se refere a autoavaliação negativa de saúde, variação da qual 75% relaciona-se aos fatores de emprego não remunerado, de escolaridade baixa e de estado civil casado, separado ou divorciado. Dessa forma, é possível compreender que as desigualdades relacionadas a educação, ocupação e remuneração prejudicam as mulheres e geram o impacto notado na comparação, com os homens, da autoavaliação de saúde – daí a disparidade por cujos fatores se manifestam os marcadores de desigualdades de gênero na sociedade (Hosseinpour et al., 2012).

Está bem estabelecida, também, a relação entre a autoavaliação do estado de saúde e os fatores de escolaridade e renda. Os estudos demonstram uma

autoavaliação de saúde mais negativa nos indivíduos com menor escolaridade e menor renda (Andrade e Mehta, 2018; Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Carvalho et al., 2015; Chireh e D'Arcy, 2018). Um estudo de 2006, utilizando dados do VIGITEL (um inquérito populacional realizado com residentes das capitais brasileiras e do Distrito Federal), identificou que a probabilidade de se avaliar a saúde como ruim/muito ruim, entre as pessoas de maiores rendas, é cerca de cinco vezes menor do que os casos do cenário que envolve pessoas de menores rendas. No que se refere à escolaridade, resultados do estudo de Andrade e Mehta (2018) indicam um claro gradiente educacional em relação a autoavaliação negativa de saúde, tendo encontrado prevalência entre adultos brasileiros sem escolaridade – as chances de autoavaliação negativa aparecem como 7 a 9 vezes maiores do que entre aqueles que ingressaram na faculdade ou chegaram a uma pós-graduação. Achados similares foram encontrados em estudo realizado no Canadá, em 2018, que apontou que indivíduos com escolaridade alta tiveram mais chances de classificar sua saúde como boa (OR = 2,57, $p < 0,001$), assim como aqueles com maior renda (OR = 5,72, $p < 0,001$), demonstrando que quanto maior o nível de escolaridade e de renda familiar, maior a probabilidade de se relatar uma boa saúde (Chireh e D'Arcy, 2018).

Ainda sobre aspectos individuais, os hábitos relacionados ao estilo de vida também têm sido relacionados à autoavaliação de saúde (Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Cau et al., 2016; Hansen et al., 2015; Ou et al., 2018; Pavão et al., 2013). No que se refere ao uso de tabaco, segundo pesquisa realizada em 2013, no Brasil (utilizando dados da Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD) – inquérito populacional de abrangência nacional), fumantes atuais (OR 1,36; IC95% 1,16-1,60) e ex-fumantes (OR 1,25; IC95% 1,07-1,45) apresentam uma maior chance

de avaliar sua saúde como ruim (Pavão et al., 2013). Da mesma maneira, na Suécia, em 2015, um estudo realizado com o objetivo de investigar a autoavaliação negativa de saúde em adolescentes fumantes e ex-fumantes encontrou que, após ajuste, a autoavaliação negativa de saúde estava associada ao uso de tabaco, seja entre meninos (OR 2,0; IC95% 1,1–3,7) ou entre meninas (OR 1,7 IC95% 1,1–2,4), mesmo após a cessação do uso (Hansen et al., 2015).

No que se refere à realização de atividade física, Pavão et al. (2013) identificou que pessoas que não praticam atividade física (OR 1,80; IC 95% 1,50-2,15) ou que a praticam de forma irregular (OR 1,37; IC95% 1,17-1,61) também apresentam uma chance maior de autoavaliar sua saúde como ruim. Resultados similares foram encontrados em estudo realizado por Cai et al. (2017) na China: os autores apontaram que os participantes fisicamente ativos tinham uma chance maior de autoavaliar a saúde positivamente (OR 1,16; IC95% 1,03–1,31). Em Moçambique, Cau et al. (2016) apresentaram resultados semelhantes, apontando que indivíduos que realizam atividade física, mesmo que durante o trabalho, apresentam menor chance de autoavaliar a saúde como ruim (OR 0,63, $p < 0,01$).

Com relação ao consumo de álcool, os estudos mostram uma associação em formato em J, ou seja, aqueles que não consomem bebidas alcoólicas ou que consomem exageradamente – quando comparados com aqueles que bebem moderadamente – apresentam maior chance de avaliarem sua saúde como ruim; o que significa que a ingestão moderada de álcool está relacionada à autoavaliação positiva da saúde (Valencia-Martín et al., 2009). Frisher et al. (2015) investigou se o consumo de álcool estava associado a autoavaliação negativa de saúde e encontrou que as taxas de autoavaliação de saúde ruim entre não-bebedores foram

significativamente mais altas do que as taxas de autoavaliação de saúde ruim para qualquer um dos grupos que relataram consumo de álcool (Frischer et al., 2015). Para compreender tais achados, foi realizado, em 2013, no Reino Unido, um estudo qualitativo envolvendo idosos. Entre os resultados, os benefícios de sociabilidade são apontados como relacionados ao consumo moderado da bebida, como é o caso da interação com amigos e com a comunidade em geral (Wilson et al., 2013).

Outra característica individual associada à avaliação negativa sobre a própria saúde é a presença de doenças crônicas. Estudos demonstram que quanto maior o número de doenças crônicas, maior a prevalência de autoavaliação da saúde como ruim (Barros et al., 2009; Carvalho et al., 2015; Cau et al., 2016; Ou et al., 2018; Pavão et al., 2013). No Brasil, Pavão et al. (2013) demonstrou que o incremento na prevalência foi progressivo, aumentando em cerca de 140% da primeira categoria (saudável) para a última categoria (três condições crônicas ou mais, OR 2,83; IC95%: 2,28-2,57) (Pavão et al., 2013). Em 2018, Ou et al. realizaram um estudo nos Estados Unidos, com o objetivo de identificar como as condições crônicas de saúde influenciam a autoavaliação da saúde, e concluíram que possuir condições crônicas piora significativamente a autoavaliação de saúde, seja com uma condição (OR 1,96; IC95% 1,12-3,46), duas condições (OR 2,88; IC95% 1,60-5,16) ou três condições crônicas (OR 2,98; IC95% 1,59-5,70).

A autoavaliação de saúde é considerada uma medida inclusiva e acurada para prever o estado de saúde. A medida, por expressar uma percepção sobre o estado de saúde geral, tem a capacidade de capturar qualquer doença que uma pessoa possui e até mesmo sintomas de doenças ainda não diagnosticadas, mas presentes em estádios pré-clínicos. As autoavaliações de saúde representam julgamentos

humanos complexos que expressam também a gravidade de uma doença atual (Fayers e Sprangers, 2002; Jylhä, 2009; Schnittker e Bacak, 2014). Além disso, a autoavaliação de saúde é uma avaliação dinâmica (Jylhä, 2009). Isso significa que, embora seja medida pontualmente, entende-se que a avaliação que os sujeitos fazem sobre a própria saúde reflete o nível de saúde atual e a forma como o indivíduo, no curso de sua vida, se relaciona com a sua saúde (Meurer et al., 2001). Reflete, ainda, as experiências sociais de cada um e o conhecimento adquirido sobre a maneira como as outras pessoas vivem e como lidam com suas respectivas doenças. Por ser uma avaliação, resulta de um julgamento constante que os sujeitos fazem sobre o estado atual, comparativamente ao passado e às pessoas com as quais se relacionam (Idler e Benyamini, 1997; Ou et al., 2018). Outro aspecto importante é que a autoavaliação negativa de saúde reflete, também, um menor envolvimento em práticas preventivas ou de autocuidado e uma menor adesão a tratamentos medicamentosos (Andrade e Mehta, 2018; Barros et al., 2009; Cai et al., 2017; Fayers e Sprangers, 2002). Esse menor envolvimento e adesão podem decorrer tanto da escassez de recursos externos, como é o caso das insuficiências dos serviços prestados, quanto decorrer de uma característica do próprio sujeito. O fator a ser destacado aqui é a influência que a existência ou ausência de recursos sociais externos provoca no decaimento da saúde e, por consequência, na autoavaliação de saúde.

Por todas essas características, compreende-se as razões para a autoavaliação do estado de saúde ser um indicador cada vez mais utilizado em pesquisas epidemiológicas.

1.2. Violência

A violência é considerada, globalmente, uma violação de direitos humanos e um problema de saúde pública (Minayo e Souza, 2003). Sua compreensão pode ser ambígua e, até mesmo, variável em diferentes contextos, o que torna necessário que o seu enfrentamento seja amparado por fatores sócio-histórico-culturais (Dahlberg e Krug, 2006; Minayo, 2006). Segundo Minayo e Souza (2003) qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, da polissemia e da controvérsia do objeto (Minayo e Souza, 2003).

Levando em conta a existência de argumentos de que a violência pode ter caráter instintivo e biológico (Minayo e Souza, 1997), vale citar que neste estudo tratamos a violência como resultado da dinâmica social, determinada de acordo com condições, contextos e culturas de cada sociedade. Sabe-se que as construções sociais, culturais e econômicas são fatores que predis põem alguns indivíduos ou coletividades à violência, e que em uma perspectiva de dominação de classe, a violência é produto das relações sociais (Minayo, 2006). É possível identificar a violência nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz (Schraiber et al., 2006).

O impacto produzido pela violência pode ser sentido pelos organismos públicos e aponta para uma urgência de mudanças sociais e institucionais (Krug et al., 2002). A relevância desse impacto é perceptível em todas as instâncias, discursos, propostas políticas e agendas de ação, exigindo reestruturações e reforma organizacional para responder aos seus efeitos. Considerando as influências negativas nas saúdes individual e coletiva, o impacto da violência para o setor de saúde, em especial, é ainda mais alarmante (Minayo, 2006; Minayo e Souza, 2003; Schraiber et al., 2006).

Mundialmente, a violência é reconhecida como um problema de saúde pública (Krug et al., 2002). A organização das práticas e dos serviços para lidar com sua prevenção e tratamento vem sendo cada vez mais demandada ao setor, assim como a participação na formulação de políticas específicas (Organização Pan-Americana da Saúde, 1994). Em 1994, a OPAS declarou:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

Um marco importante para o entendimento e ressignificação da violência como um problema de saúde pública foi a publicação, em 2002, do “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” pela Organização Mundial de Saúde (Krug et al., 2002). Esse relatório marca o reconhecimento da dimensão global do problema, o que valorizou e ampliou o debate sobre a problemática, tornando-a pública e orientando os campos de ação. O documento assume a violência como questão a ser enfrentada e enfatiza a necessidade do reconhecimento em âmbito mundial. Declara, ainda, que a violência é um fenômeno que pode e deve ser prevenido (Dahlberg e Krug, 2006; Krug et al., 2002; Minayo, 2006). O Relatório define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em

lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug et al., 2002, p. 5).

Portanto, independentemente do resultado produzido, é a intencionalidade e o uso do poder que caracterizam o ato violento (Krug et al., 2002).

Os traumas, lesões, danos e mortes causados pelas violências resultam na geração de altos custos sociais, individuais e coletivos (Reichenheim et al., 2011). Além disso, há associação com os anos de vida perdidos, dias de ausência do trabalho, agravos mentais e emocionais incalculáveis em suas vítimas e familiares (Ministério da Saúde, 2005; Organização Pan-Americana da Saúde, 1994).

O Ministério da Saúde, em 2005, publicou o livro “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” e estimou que são gastos, aproximadamente, 3,3% do PIB brasileiro com os custos diretos da violência (Ministério da Saúde, 2005). Nos serviços de saúde, ocorre o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação (Reichenheim et al., 2011).

As mortes por violência interpessoal, no Brasil, tiveram um crescimento expressivo no final da década de 1980, e desde então ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte na população jovem (15 a 24 anos) e entre os anos potenciais de vida perdidos (Peres e Ruotti, 2015). No ano de 2016, o país atingiu a marca histórica de 62,517 mortes violentas intencionais, incluindo vítimas de homicídios dolosos, latrocínios, lesões corporais seguidas de morte e mortes decorrentes de ações policiais, além de 49.497 estupros (Cerqueira et al., 2018). A taxa encontrada é de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, um valor 30 vezes maior do que a da taxa encontrada na Europa. No Brasil, um total de 553 mil pessoas perderam a vida nos últimos 10 anos devido à violência. Para mais, no Brasil, a violência interpessoal é a

sexta maior causa de internações hospitalares, o que representa uma grande parcela das morbidades hospitalares no país (Cerqueira et al., 2018; Peres e Ruotti, 2015; Reichenheim et al., 2011).

Seus efeitos, no entanto, não são sempre perceptíveis (Silva et al., 2007). O Relatório da OMS (Krug et al., 2002) aborda a questão de uma parcela invisível da violência, a que não tem como resultado lesões graves ou morte, mas que gera opressão e danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos, com impacto negativo sobre a qualidade de vida. Essa parcela invisível acarreta necessidades de saúde não percebidas – demandas com as quais, por vezes, os serviços de saúde não estão aptos a lidar, uma vez que não as identificam (Day et al., 2003; Silva et al., 2007).

O tema da violência engloba uma gama bastante diversificada de situações, daí a importância de classificar o termo (Minayo e Souza, 2003). Segundo o Relatório da OMS, três categorias são utilizadas, a partir das características do autor do ato violento: violência dirigida ao próprio autor (auto-inflingida), resultante de terceiros (interpessoal) e de grupos (coletiva) (Krug et al., 2002). A violência interpessoal, que será o objeto deste estudo, inclui a familiar e a comunitária.

1.2.1. Violência comunitária

O relatório mundial define violência comunitária como a violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa (Krug et al., 2002). Entretanto, a própria definição comporta imprecisões e limites pouco definidos. Denominada, também, como violência urbana, sua multiplicidade de significados

engloba os fenômenos da representação social e é foco de interesse e atuação de diferentes campos e políticas públicas (Peres e Ruotti, 2015).

Macedo et al (2001) argumentam que os principais determinantes desse tipo de violência incluem:

“(....) crescimento das desigualdades socioeconômicas; baixos salários e renda familiar que levam à perda do poder aquisitivo; ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população em relação à saúde, educação, moradia e segurança; prioridade no desenvolvimento econômico em detrimento do social, com sacrifício para a população e maior ônus para os pobres; e intenso apelo pelo consumo, conflitando com o empobrecimento do país (Macedo et al., 2001)”

Esse conjunto de desigualdades sociais, além de produzir vítimas fatais e não fatais, também produz medo e desconfiança social, e produz como efeito resoluções igualmente violentas (Schraiber et al., 2006). Exemplo disso, é a relação entre as condições socioeconômicas e a mortalidade por homicídio: estudos mostram que as desigualdades sociais e os seus efeitos no acesso aos diferentes direitos (como educação, saúde, segurança pública e justiça) são fatores essenciais para o entendimento das taxas de mortalidade por homicídio (Macedo et al., 2001; Peres e Ruotti, 2015; Schraiber et al., 2006).

Dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde mostram que mais da metade dos 56.337 mortos por homicídios, em 2012, no Brasil, eram jovens entre 15 e 29 anos (30.072, equivalente a 53,37%), dos quais 77% eram

pretos e pardos e 93,3% do sexo masculino (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016).

A classificação da violência comunitária é ampla e abrange a vitimização direta, testemunho, violência percebida na comunidade (vitimização indireta), entre outros tipos (Peres e Ruotti, 2015; Schraiber et al., 2006). Estudos sugerem que a exposição à violência comunitária está associada ao sentimento de insegurança e medo que interferem no padrão de comportamento e sociabilidade dos indivíduos, além de depressão, comportamentos agressivos e transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de pânico e dores crônicas (Fairbrook, 2013; Ruotti, C.; Massa, V. C.; Peres, 2011; Wright, 2006; Ximenes et al., 2013).

Em 2013, um estudo foi elaborado para analisar a relação entre as taxas de vitimização e o sentimento de insegurança. Entre os resultados foi encontrado que mulheres se sentem mais inseguras que os homens (OR=1,38) e que ter vivenciado uma experiência de vitimização prévia aumenta a sensação de insegurança (OR=3,58). O estudo conclui que esse sentimento afeta a qualidade de vida e gera deterioração da confiança, da coesão e do controle social, que são fatores que contribuem para o crescimento da criminalidade e prejudicam o exercício de liberdade e cidadania (Borges, 2013).

Segundo Wright (2006), a alta prevalência de exposição à violência comunitária pode funcionar como fator de risco psicossocial. A autora refere que os altos índices de criminalidade e a ameaça real ou percebida de violência são aspectos específicos que podem afetar o funcionamento psicológico e os comportamentos de promoção da saúde dos indivíduos (Wright, 2006).

Em estudo que teve como objetivo determinar as taxas de exposição à violência política (tortura, desaparecimentos forçados, execuções extrajudiciais e testemunho de situações violentas) e seu impacto na saúde mental e na qualidade de vida relacionada à saúde dos imigrantes latinos residentes nos Estados Unidos, Eisenman e Gelberg (2003) encontraram que essa exposição está associada à depressão (OR=2,8), transtorno de pânico (OR=4,8), transtorno do estresse pós-traumático (OR=3,4), abuso de álcool (OR=1,2) e disfunções psicológicas (OR=2.1). Os autores apresentam, ainda, resultados do questionário SF-36, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Registrou-se que indivíduos que relataram violência política, em comparação com aqueles que não relataram violência política, tiveram escores piores na qualidade de vida relacionada à saúde nos domínios de funcionamento físico, problemas de saúde, dor crônica, percepções gerais de saúde e saúde física (Eisenman e Gelberg, 2003).

Em mulheres adultas expostas à vitimização direta – seja à violência física (que inclui assalto com arma, roubo com contato, agressão física, roubo em casa, roubo de bolsa, ameaça de assalto e tentativa de roubo) ou violência sexual –, Koss et. al. (1990) encontraram uma associação positiva com autoavaliação negativa de saúde e concluíram que a exposição à violência é um importante preditor de percepções de saúde, mesmo após ajuste de condições sociodemográficas e de outros eventos de vida estressantes, conhecidamente relacionados à doença; quadro geral que indica, ainda, que quanto maior a severidade da violência sofrida, menor os escores de autoavaliação de saúde (Koss et al., 1990).

Dessa maneira, estudos sugerem que a exposição à violência comunitária associa-se a desfechos negativos em saúde, como depressão, comportamentos

agressivos, transtorno de estresse pós-traumático e dores crônicas (Eisenman e Gelberg, 2003; Fairbrook, 2013; Peres e Ruotti, 2015; Ximenes et al., 2013). Como consequência, encontra-se uma pior avaliação do estado de saúde, além de mais problemas de saúde física e de uma maior frequência de uso de serviços médicos (Britt, 2001).

1.2.2. Violência familiar

Seguindo para violência familiar, encontramos no Relatório da OMS (Krug et al., 2002) a definição da violência como aquela que ocorre entre membros da família e parceiros íntimos, normalmente dentro de casa. A violência familiar engloba e se intersecciona com a violência de gênero, violências contra crianças e adolescentes e violências contra idosos.

É importante considerar as especificidades dos distintos tipos de violência incluídos na categoria de violência familiar (contra mulheres, idosos e crianças), principalmente porque a grande maioria dos estudos encontrados na área baseia-se nesses enquadramentos (Schraiber et al., 2006). Em nosso estudo não abordaremos os efeitos, para a saúde, da violência contra crianças, uma vez que esse tema foge ao escopo desta dissertação.

A violência familiar repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Há evidências de que mulheres expostas concomitantemente à violência física e sexual pelo parceiro íntimo estão mais propensas a apresentar depressão, alterações do funcionamento físico e mental e maior frequência de queixas somáticas, como as de origem gastrointestinal, dispareunia, dismenorreia, dor pélvica

crônica, irregularidade menstrual e outros tipos de algias crônicas, o que, evidentemente, pode levar ao aumento da necessidade de atendimento médico (Adeodato et al., 2005; Aquino et al., 2009; Bonomi et al., 2007; Cho e Kwon, 2018; Day et al., 2003; Dubow et al., 2012; Kadra et al., 2014; Schraiber et al., 2005; Silva et al., 2007; Sundaram, 2004).

Em estudo realizado na Dinamarca, Sørensen (2012) demonstrou que a exposição à violência familiar está associada a consequências a curto e longo prazos, mesmo depois do abuso ter cessado. O estudo teve o objetivo de investigar a associação entre violência física e qualidade de vida referente à saúde; constatou-se, assim, que as pessoas que sofreram violência física familiar tiveram menor qualidade de vida relacionada à saúde, de acordo com os instrumentos utilizados (EQ-5D e SF-6D). O autor aponta que essas consequências se manifestam através de uma percepção negativa da saúde, de uma baixa qualidade de vida e do aumento da utilização dos serviços de saúde. Ressalta-se, ainda, que a literatura indica haver associações significativas entre a violência atual perpetrada pelo parceiro íntimo e sintomas físicos e psicológicos em mulheres, mesmo após ajuste para fatores de estilo de vida (Sørensen et al., 2012).

Em relação à violência familiar, Bonomi et al. (2007) aponta que mulheres que relataram episódios concomitantes de violência física e sexual com o parceiro íntimo estão mais propensas a apresentar pior qualidade de vida relacionada à saúde (RP=1,88; IC95%=1,27-2,80), sintomas severos de depressão (RP=2,93; IC95%2,07-4,14) e isolamento social (RP=1,54; IC95%=1,30-1,83) do que mulheres que não foram expostas a nenhum tipo de violência (Bonomi et al., 2007).

Nesse mesmo sentido, resultados provenientes da pesquisa de Alsaker et al. (2006), realizada na Noruega com mulheres residentes em abrigos de proteção, indicam que as mulheres que tiveram experiências de violência de gênero familiar (abuso emocional, verbal, dominância, isolamento, violência física e violência sexual) apresentam pontuações significativamente mais reduzidas em relação à qualidade de vida relacionada à saúde do que as mulheres que não sofreram tais abusos. As vítimas apresentam escores abaixo da média da população em todas as dimensões analisadas (saúde mental, funcionamento físico, limitações físicas, vitalidade, dores crônicas, funcionamento social, limitações emocionais), sendo que essa pontuação, na dimensão da saúde mental, foi de 2,8 desvios-padrão abaixo da média da população da Noruega (Alsaker et al., 2006).

Aquino (2009) aponta que queixas e sintomas inespecíficos, em mulheres grávidas, têm seus diagnósticos dificultados quando essas são vítimas de violência sexual, pois a percepção de saúde física e mental dessas mulheres é inferior à das que não possuem esse antecedente (Aquino et al., 2009).

Sobre a exposição, de crianças e adolescentes, à violência familiar, estudos evidenciam efeitos negativos no desenvolvimento social, além de mau rendimento escolar, ansiedade, depressão e tentativa de suicídio (Boynton-Jarrett et al., 2008; Fairbrook, 2013; McGill et al., 2014; Pinto e Assis, 2013). Já idosos submetidos à violência familiar apresentam autoavaliação negativa de saúde, frustração, dor, medo, depressão e traumas, além de maior número de morbididades (Paiva e Tavares, 2015; Ribeiro, 2011).

As pesquisas existentes deixam claro que as vítimas de violência familiar avaliam negativamente a própria saúde, utilizam mais os serviços de saúde e relatam mais problemas de saúde física e mental.

1.3. Depressão

A depressão é um transtorno mental que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, diminuição de energia, sentimento de culpa ou baixa autoestima, transtorno do sono ou do apetite e concentração. Além disso, a depressão geralmente associa-se a sintomas de ansiedade (World Health Organization, 2017).

Atualmente, a depressão é considerada a principal causa de incapacitação no mundo, sendo a patologia que acarreta o maior número de anos de vida perdidos devido às limitações físicas e mentais (World Health Organization; 2017, 2017). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015, a proporção da população global convivendo com depressão é de 4,4%, o que se refere a um número total de 322 milhões de pessoas, sendo mais comum entre mulheres (5,1%) do que entre homens (3,6%) (World Health Organization, 2017).

Um análise sistemática realizada para o estudo da carga global de doença 2015 (GBD 2015) encontrou que, mundialmente, a prevalência varia de acordo com a região do mundo, de 2,6% entre os homens na região do Pacífico Ocidental para 5,9% entre as mulheres na região da África. No Brasil, essa variação chega a 4,1% e 3,8%. O número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou em 18,4% entre 2005 e 2015 e os estudos de projeção reafirmam essa tendência. Dessa forma,

a necessidade de reduzir os índices de depressão, assim como outras condições de saúde mental, é uma preocupação global (Vos et al., 2016).

A depressão pode se tornar crônica ou apresentar episódios recorrentes, o que pode levar a deficiências na capacidade de um indivíduo cuidar das suas responsabilidades diárias e, na pior das hipóteses, levar ao suicídio (Gigantesco et al., 2015; Katon et al., 2007; Marcus et al., 2012). Quase 1 milhão de vidas são perdidas anualmente devido ao suicídio, o que se traduz em 3000 mortes por suicídio todos os dias. Para cada pessoa que completa um suicídio, 20 ou mais podem tentar terminar a sua vida (World Health Organization, 2017; World Health Organization, 2017).

Além disso, outras consequências e fatores associados à depressão têm sido evidenciados como o aumento do risco de doenças cardiovasculares, incluindo infarto, doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral (Barros et al., 2017; Daskalopoulou et al., 2016; Dhar e Barton, 2016). Um estudo, realizado em 2016, expõe que os mecanismos biológicos da depressão atuam na ativação de vias de estresse, o que tem sido implicado como um mecanismo neuroquímico de ligação em outras doenças crônicas, como as doenças coronárias e doenças respiratórias (Daskalopoulou et al., 2016). Um ciclo vicioso pode ser estabelecido de modo que as incapacidades e limitações que a depressão produz são acompanhadas de sentimentos depressivos e comorbidades físicas (Barros et al., 2017; Daskalopoulou et al., 2016; Dhar e Barton, 2016; Vos et al., 2016).

1.3.1. Exposição a violência e depressão

O impacto da exposição à violência para a saúde mental vem sendo amplamente investigado (Ribeiro et al., 2013). Atualmente, grande parte da comunidade científica busca compreender as vias que levam aos efeitos à saúde provocados pela violência,

como os que foram anteriormente expostos aqui (Alsaker et al., 2006; Avanci et al., 2009; Cho e Kwon, 2018; Dubow et al., 2012; Fergusson et al., 2002; Illanes et al., 2007; Ribeiro et al., 2009; Silva et al., 2016; Wright et al., 2004).

Uma revisão de literatura, realizada em 2009, apontou que, independentemente do grupo populacional analisado, a exposição à violência se mostra associada a transtornos mentais e que uma parte significativa dos problemas de saúde mental, em países em desenvolvimento, pode ser atribuída à violência (Ribeiro et al., 2009). Um estudo realizado no Chile demonstrou que, quando comparadas a mulheres que não tinham sido expostas à violência, a chance de se constatar sintomas de depressão entre mulheres expostas à violência psicológica era 3 vezes maior (OR 3,20; IC95%1,78 – 5,75) e quase 10 vezes maior entre mulheres vítimas de violência sexual (OR 9,72; IC95%1,85-51,19) (Illanes et al., 2007; Mari et al., 2008; Ribeiro et al., 2013).

Um estudo de base populacional, realizado em 2013, nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro, teve como objetivo investigar a associação entre eventos traumáticos relacionados ao crime e diferentes transtornos mentais. Segundo os autores, a exposição a eventos traumáticos relacionados ao crime se associa com o aumento da prevalência de todas as classes de transtornos mentais, inclusive o transtorno depressivo maior (OR = 2,09; $p < 0,001$) e o transtorno de estresse pós-traumático (OR = 3,01; $p = 0,001$). Outro achado da pesquisa foi a relação dose-resposta entre número de eventos violentos e todos os onze transtornos psiquiátricos investigados, ou seja, quanto mais exposta a situações de violência, pior será a saúde mental do indivíduo (Ribeiro et al., 2013).

Um estudo realizado na região Nordeste do país teve como objetivo investigar a qualidade de vida e a depressão nas mulheres vítimas da violência doméstica, com a

premissa de que as consequências não-mortais da violência praticada por parceiros incluem lesões permanentes e problemas crônicos (Adeodato et al., 2005). Entre seus resultados, encontrou-se, em 72% das mulheres, pontuação sugestiva de algum grau de depressão. A violência apresentou relação direta com sintomas de ansiedade e insônia (Spearman = 0,369; $p = 0,00$), isolamento social (Spearman = 0,397; $p = 0,001$) e sintomas de depressão (Spearman = 0,699; $p = 0,00$). Outro achado do estudo foi evidenciar que 38% das mulheres pensaram na possibilidade de suicídio.

Em outra direção, há estudos que apontam que a presença da depressão está associada à perpetração de violência (Fazel et al., 2015; Yu et al., 2017). Um estudo realizado em 2015, na Suíça, apontou que o risco de cometer crimes violentos foi aumentado (OR 3,0; IC95% 1,3-1,6) em indivíduos com depressão – após ajuste para fatores familiares, sociodemográficos e individuais (Fazel et al., 2015). Um estudo longitudinal realizado com três coortes diferentes encontrou que a depressão aumenta o risco para comportamentos violentos no Reino Unido (OR 1,8; IC95% 1,4-2,3), Holanda (OR 1,7; IC95% 1,2-2,5) e na Finlândia (OR 2,1; IC95% 1,7-2,7) (Yu et al., 2017). Entretanto, tais estudos reforçam que embora as evidências forneçam a informação de que a depressão prediz a perpetração de violência futura, existe ainda a possibilidade de que a depressão e a violência se reforcem mutuamente e, ao fazê-lo, aumentem seus efeitos individualmente. (Fazel et al., 2015; Yu et al., 2017).

Neste estudo não analisaremos o comportamento agressivo como desfecho, mas sim as consequências da exposição à violência na autoavaliação de saúde, com uma possível mediação da depressão. Nesse sentido, a literatura aponta um caminho causal, no qual a exposição à violência está associada a sintomas de depressão (Assari e Moghani Lankarani, 2018; Beydoun et al., 2012; Cho e Kwon, 2018; Chuang et al., 2012; Devries et al., 2013; Dubow et al., 2012; Eisman et al., 2015; Giraldo-

Rodríguez et al., 2015a; Kadra et al., 2014; Lövestad et al., 2017; Mendonça et al., 2017; Silva et al., 2016; Simmons et al., 2015). Vale citar estudo norte-americano, realizado em 2018, que teve o objetivo de investigar a associação de exposição à violência e saúde mental de universitários e encontrou um risco aumentado para depressão independentemente do tipo de violência sofrida, seja para violência psicológica (OR 3,5; IC95%2,63-3,47), violência emocional (OR 3,14; IC95%2,93-3,36) e violência sexual (OR 3,05; IC95%2,60-3,50) (Assari e Moghani Lankarani, 2018). Beydoun et al. (2012) realizaram uma metanálise para estimar a magnitude da associação entre violência por parceiro íntimo e os principais sintomas depressivos e encontraram um risco relativo agrupado para depressão de 1,79 (IC95% 1,63-1,97) nos estudos transversais e de 1,87 (IC95%1,42-2,46) nos estudos longitudinais.

1.3.2. Depressão e autoavaliação de saúde

A depressão é uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social, como já evidenciado, e diversos estudos estabeleceram sua associação com a autoavaliação em saúde (Ambresin et al., 2014; Badawi et al., 2013; Chang-Quan et al., 2010; Han, 2002; Han e Jylha, 2006; Millán-Calenti et al., 2012; Mulsant et al., 1997; Shin et al., 2016).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, com amostra da população com mais de 65 anos, Mulsant et al (1997) investigaram a associação entre depressão e autoavaliação negativa de saúde, após ajuste para número de condições crônicas, incapacidade funcional e utilização de serviços de saúde. Segundo os autores, a associação entre autoavaliação negativa de saúde e a depressão persiste mesmo após controle desses potenciais confundidores, e a chance de autoavaliação negativa

aumenta com o aumento no número de sintomas depressivos – de 1 a 4 sintomas (OR 1,8; IC95% 1,3 – 2,4) e 5 ou mais (OR 6,0; IC95% 3,6 – 10,0).

Uma metanálise, realizada com o objetivo de determinar a relação entre a autoavaliação de saúde e o risco de depressão em pacientes acima de 55 anos, indicou em seus resultados que os indivíduos com autoavaliação negativa de saúde apresentaram maior risco para depressão (RR: 2,40; IC95% 1,94–2,97) quando comparados àqueles que autoavaliam positivamente sua saúde (Chang-Quan et al., 2010). Do mesmo modo, um estudo realizado em 2017, com o objetivo de avaliar a prevalência de depressão e seus fatores associados, evidenciou que autoavaliar a própria saúde como muito boa ou boa está associado a uma menor prevalência de depressão (RP 0,34; IC 95%: 0,28-0,41) (Gonçalves et al., 2018).

Um estudo longitudinal testou se a presença de sintomas depressivos no início da pesquisa estava associado a uma piora, no tempo, na autoavaliação de saúde. Após dois anos de seguimento, encontrou-se que a presença de sintomas depressivos foi preditiva para o declínio na autoavaliação da saúde (OR 1,47; IC95% 1,26 – 1,70), quando comparada à ausência de sintomas (Han, 2002). Outro estudo longitudinal, realizado na Austrália, em 2014, investigou se a autoavaliação da saúde teria a capacidade de prever transtorno depressivo maior a longo prazo. Foram realizados acompanhamentos anuais, durante 5 anos, e, entre os participantes que autoavaliaram sua saúde como ruim – quando comparados com os que avaliaram positivamente a saúde, mesmo após ajuste –, o risco para transtorno depressivo maior foi aferido em: RR 2,10 (95%IC1,60-2,76), RR 2,38 (95%CI1,77-3,20), RR 2,22 (IC 95%1,70–2,89), RR 1,73 (IC 95%1,30–2,28) e RR 2,15 (IC 95%, 1,59–2,90), aos anos 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente (Ambresin et al., 2014).

A autoavaliação de saúde é resultado de aspectos multidimensionais, que inclui variáveis físicas, psicológicas, funcionais e sociais. Sendo assim, estudos recomendam a utilização da autoavaliação da saúde, pois oferece aos profissionais de saúde uma maneira eficiente e simples de identificar pacientes com risco para depressão e, portanto, auxilia na tomada de decisão terapêutica (Ambresin et al., 2014). Dessa forma, reconhecer e intervir sobre os sintomas depressivos são ações que podem melhorar a autoavaliação da saúde (Millán-Calenti et al., 2012).

1.4. Inquéritos populacionais de saúde

O monitoramento do estado de saúde das populações é essencial para a formulação e a avaliação de políticas e programas de saúde. Por meio das informações em saúde, é possível avaliar o planejamento e a gestão das ações em saúde nos âmbitos coletivo e individual. Esse acompanhamento é de interesse de todos os níveis de governo, e também da sociedade civil e de suas organizações, que buscam parâmetros consistentes de melhores condições de saúde, principalmente quando são considerados o contexto de mudanças do perfil epidemiológico e o conceito de saúde ampliado (Viacava, 2002).

Os inquéritos de base populacional possibilitam conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população. Além disso, cobrem um variado repertório sobre as medidas de saúde e sobre o uso de serviços de saúde. Desenvolvidos nos países industrializados na década de 1960, os inquéritos populacionais contínuos são instrumentos utilizados para a formulação e a avaliação das políticas públicas (Barros, 2008; Viacava, 2002).

Anteriormente, a avaliação do estado de saúde das populações era extraída, quase que exclusivamente, dos indicadores de mortalidade, mas esses indicadores perderam progressivamente a capacidade de medir a saúde da população, devido à mudança de morbimortalidade e o aumento de sobrevida (Barros, 2008). Essa nova realidade do aumento de condições crônicas, que possuem baixa letalidade, mas que podem ser altamente incapacitantes, fez com que fosse necessário se repensar as medidas utilizadas. Além disso, o envelhecimento das populações faz com que a presença de mais de um agravo de saúde no mesmo indivíduo seja frequente e comum, o que exige a construção de indicadores de comorbidades (Barros, 2008). Os inquéritos populacionais surgem nesse contexto com o intuito de que se possa mensurar adequadamente e construir indicadores de incidência e prevalência de doenças e lesões provocadas por acidentes e violência (Viacava, 2002).

Nos Estados Unidos, os primeiros inquéritos de saúde foram realizados no final da década de 50. O "National Health Interview Survey" (NHIS) foi a campo pela primeira vez em 1957 e, desde 1960, é aplicado anualmente com o objetivo de monitorar as tendências de incapacidades e morbididades (Malta et al., 2008).

O Reino Unido, por sua vez, teve o primeiro inquérito de morbidade realizado em 1943, o chamado Survey of Sickness. Em 1971, iniciou-se a aplicação anual do General Household Survey (GHS), que tem como objetivo permitir conectar diferentes áreas de política social e monitorar mudanças. Os resultados desses inquéritos são utilizados por diversas áreas do governo e por profissionais e pesquisadores. O país ainda possui outros importantes inquéritos anuais, como o National Statistics Omnibus Survey e o Health Survey for England (Malta et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também tem promovido inquéritos multicêntricos de base populacional sobre diferentes temas de saúde. Entre os estudos, destacam-se os dados sobre a prevalência de fatores de risco de doenças não transmissíveis e sobre o comportamento suicida (Projeto SUPRE-MISS – ideação, plano e tentativa). Entre 2002 e 2004, a OMS realizou o World Health Survey (WHS) em 71 países, entre os quais esteve o Brasil. O objetivo do WHS foi coletar informações para avaliar a performance dos diferentes sistemas de saúde do mundo (Barros, 2008).

No Brasil, o primeiro inquérito de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde foi realizado na década de 70, em Ribeirão Preto-SP. Em âmbito nacional, inicia-se, em 1974, o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), que foi realizado apenas uma vez mais, no ano seguinte, em 1975. Na década de 80, iniciou-se a Pesquisa sobre Orçamento Familiar (POF) que teve ocorrência nos anos 1987-1988, 1995-1996, 2002-2003, 2008-2009, 2017-2018. Em 1986 teve início a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1991, 1996, e 2006. Em 1989 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) – que não teve continuidade. As Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNAD) tiveram início em 1967; podem ser consideradas como o mais importante inquérito realizado no país, em razão de sua cobertura territorial e periodicidade anual. Entretanto, foi somente em 1981 que os suplementos de saúde foram introduzidos na PNAD. A PNAD, de periodicidade anual, foi encerrada em 2016 e substituída pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), que altera aspectos da sua metodologia e, segundo o IBGE, propicia uma cobertura territorial mais abrangente. Suas informações conjunturais são

disponibilizadas trimestralmente, enquanto no caso de outros temas específicos mantém-se uma periodicidade variável (Barros, 2008; IBGE, 2018; Malta et al., 2008; Viacava, 2002).

Tais alterações compõem as principais reformulações estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, desde 2006, implementa progressivamente o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD (IBGE, 2007). O SIPD compõe um modelo de produção de pesquisas amostrais domiciliares no qual o planejamento, a execução, a análise e a disseminação dos resultados são conduzidos de forma coordenada, facilitando a absorção de novas demandas e otimizando os recursos utilizados. O principal aspecto integrador desse sistema se dá em relação aos conceitos e processos de amostragem, pois a amostra utilizada em cada pesquisa corresponde a uma parte ou à totalidade de uma amostra mestra (IBGE, 2007. p. 6).

A criação do SIPD é positiva, tendo em vista que um dos fatores limitantes no uso rotineiro dos inquéritos consiste nos custos elevados, o que se deve, principalmente, à complexidade dos processos de desenho das amostras e aos procedimentos de análise metodologicamente difíceis, que requerem tempo e capacidade técnica para planejamento e execução. Além disso, tal reformulação evidencia a importância dos inquéritos populacionais (Barros, 2008; IBGE, 2007; Viacava, 2002).

Atualmente, no estado de São Paulo, é possível citar o Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital). Iniciado em 2001, e com edições em 2003, 2008 e 2015, o inquérito tem o objetivo de avaliar o estado de saúde da população residente no município, segundo suas condições e estilos de vida, além de avaliar morbidades

agudas e crônicas, práticas preventivas e uso de serviços de saúde (Alves et al., 2018). O mesmo formato ocorre na cidade de Campinas (ISACamp), com edições em 2008/2009 e 2014/2015 (Francisco et al., 2011).

Há, também, de abrangência nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito realizado com escolares de instituições públicas e privadas, nas idades de 13 a 17 anos, com o objetivo de investigar informações que possibilitem conhecer e dimensionar os fatores de risco e a proteção à saúde dos adolescentes. Iniciada em 2009, a PeNSE teve edições em 2012 e 2015 (Oliveira et al., 2017).

No âmbito da saúde, os inquéritos possibilitam correlacionar os agravos com as condições socioeconômicas e ambientais, permitindo que sejam feitas a descrição e a quantificação das iniquidades em saúde, relacionadas tanto à incidência de doenças quanto à exposição a riscos ou a faltas de acesso. Do mesmo modo, inquéritos servem como base de comparação e podem ser utilizados para avaliação de políticas públicas implantadas – e, por consequência, para a avaliação da efetividade alcançada por essas políticas ao longo do tempo. Sendo assim, reconhece-se que a utilização de inquéritos populacionais para gerar informações confiáveis, que não são obtidas em registros contínuos, é essencial para o planejamento, para a avaliação e para o monitoramento de três pilares: o estado de saúde da população, o desempenho dos sistemas de saúde e as políticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos (Barros, 2008).

1.4.1. Pesquisa Nacional de Saúde 2013

A PNS consiste em um inquérito epidemiológico de base domiciliar realizado em âmbito nacional, com parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014). Foi desenvolvida para coletar informações referentes às condições de vida e saúde da população brasileira, para que assim seja possível caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida dessa população, bem como, a qualidade dos seguintes fatores: atenção dada à própria saúde, acesso e uso dos serviços, ações preventivas, continuidade dos cuidados e financiamento da assistência (Szwarcwald and Viacava, 2010).

O principal objetivo da PNS é subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde. Sua amostra foi calculada para que seus indicadores tivessem significância e precisão necessárias para responder questionamentos referentes à saúde da população brasileira (Szwarcwald e Viacava, 2010). As informações de saúde abordadas e coletadas pela PNS são de grande interesse para a saúde coletiva e seus dados foram utilizados em muitos estudos (Barros et al., 2017; Claro et al., 2015; Garcia e Garcia, 2015; Malta et al., 2015; Pimentel et al., 2018; Romero et al., 2018).

Sua estruturação se dá em três eixos principais: 1) as condições de saúde da população brasileira; 2) o desempenho do sistema nacional de saúde; 3) a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014).

Para que seja possível descrever de forma ampla as condições de saúde da população em questão, a PNS inclui a investigação da autoavaliação de saúde. O componente de avaliação da condição de saúde da população brasileira não se deu apenas por meio da investigação dos estilos de vida e das doenças crônicas não

transmissíveis, mas também da percepção individual da saúde em diferentes dimensões (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014).

O IBGE foi o responsável pela organização e coordenação do trabalho de campo. Os agentes de coleta de informações, supervisores e coordenadores que participaram da pesquisa foram capacitados com o auxílio de um material instrutivo, a fim de que se apropriassem do estudo realizado. As entrevistas foram realizadas com a utilização de PDAs (Personal Digital Assistance) – computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014).

Nesse estudo, utilizamos os dados coletados na PNS 2013. Os aspectos do processo de amostragem serão descritos posteriormente, acerca dos métodos.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando a importância de trazer à luz as demandas de saúde inespecíficas relacionadas à violência interpessoal, a autoavaliação do estado de saúde tem sido considerada um indicador importante (Andrade e Mehta, 2018; Chireh e D'Arcy, 2018; Cho e Kwon, 2018; Fayers e Sprangers, 2002; Garcia e Garcia, 2015; Giraldo-Rodríguez et al., 2015a; Jylhä, 2009; Kadra et al., 2014; Mendonça et al., 2017; Mossey e Shapiro, 1982; Nery Guimarães et al., 2012; Schnittker e Bacak, 2014; Silva et al., 2016). Estudos apontam que indivíduos expostos à violência apresentam uma autoavaliação negativa sobre o estado de saúde e uma piora na qualidade de vida, com consequente aumento nas demandas para o serviço de saúde (Cho e Kwon, 2018; Garcia e Garcia, 2015; Giraldo-Rodríguez et al., 2015a; Kadra et al., 2014; Mendonça et al., 2017; Silva et al., 2016).

Assim sendo, este estudo pretende analisar a associação entre a exposição à violência, familiar e comunitária, tendo como desfecho a autoavaliação negativa de saúde; em outras palavras, busca-se considerar em que medida a exposição à violência impacta negativamente a autoavaliação de saúde dos indivíduos. Nesse sentido, a hipótese levantada é de que a exposição à violência interpessoal está associada a uma autoavaliação negativa de saúde e, então, que essa autoavaliação varia em função do tipo de violência (comunitária e familiar, apenas familiar e apenas comunitária).

Ademais, este estudo pretende buscar a compreensão das possíveis vias que interligam, de um lado, a exposição à violência e, do outro, os efeitos negativos à saúde. Dessa forma, as questões aqui levantadas testam essa afirmação de uma

interligação e, em segundo lugar, a maneira como se daria uma pior autoavaliação de saúde às custas da exposição à violência. Nesse sentido, foi considerada a hipótese de que uma via possível para esse efeito é o desenvolvimento, após a exposição a situações de violência, de sintomas depressivos capazes de impactar negativamente a avaliação do estado de saúde.

3. OBJETIVOS

1. Descrever a ocorrência da violência familiar e comunitária, considerando: natureza do ato, arma utilizada, local da ocorrência, autor e consequências pós-exposição.
2. Investigar a associação entre exposição à violência interpessoal (comunitária, familiar e ambas) e autoavaliação negativa de saúde na população adulta de ambos os sexos.
3. Investigar o efeito mediador da depressão na associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde.

4. MÉTODO

4.1. Desenho de estudo e fonte de dados

O presente estudo tem caráter epidemiológico de corte transversal e foi desenvolvido com dados secundários provenientes da “Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas”.

4.2. Amostragem e critérios de seleção

A amostra da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS é uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, cuja abrangência geográfica é constituída pelos setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico 2010. Foi utilizada uma amostragem aleatória por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA), constituídas por setores censitários ou conjunto de setores. Os domicílios foram as unidades de segundo estágio e, para o terceiro estágio, foram selecionados os moradores adultos (18 anos ou mais) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2014; Souza-Júnior et al., 2015; Szwarcwald et al., 2014).

O tamanho da amostra foi definido de acordo com o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse. A população pesquisada abrangeu domicílios particulares de todo território nacional, suas grandes regiões, UF, regiões metropolitanas, capitais e demais municípios de cada UF. Foram visitados 81.767 domicílios, sendo que 69.954 estavam ocupados com moradores selecionados; 9.752 entrevistas não foram realizadas por recusas ou por não contar

com moradores acima de 18 anos no domicílio; obteve-se, então, uma amostra final de 60.202 indivíduos (Souza-Júnior et al., 2015). Todos os indivíduos da amostra final foram elegíveis para este estudo, de acordo com resumo apresentado na figura 2.

Figura 2 – Processo amostral PNS 2013

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.

4.3. Variáveis selecionadas

Este estudo tem como desfecho a autoavaliação negativa de saúde e a vitimização por violência como variável de exposição. Para que se atinja os objetivos

propostos neste estudo, pretende-se analisar a associação entre a exposição e o desfecho, assim como investigar o efeito mediador da depressão nessa associação.

4.3.1. Variável dependente principal (desfechos de interesse)

A variável dependente principal expressa a autoavaliação negativa do estado da saúde dos indivíduos entrevistados. Localizada no Módulo N do questionário da PNS – Percepção do estado de saúde –, a questão deve ser respondida levando em consideração tanto a saúde física como a saúde mental e consiste em: “Em geral, como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde?”. As respostas poderiam ser “Muito boa”, “Boa”, “Regular”, “Ruim”, “Muito ruim”. Para análise, a variável foi agrupada e categorizada em binária, sendo a categoria de referência (0) a avaliação da saúde como “Muito boa/boa/regular”; e aquela outra categoria, que representa o desfecho de interesse (1), a avaliação da saúde como “Muito ruim/ruim”. A escolha de agrupar a alternativa “regular” à categoria “muito boa/boa” justifica-se por termos definido como desfecho de interesse o indivíduo que avalia negativamente sua saúde.

4.3.2. Variável independente principal (exposição)

A variável independente principal revela a exposição à violência interpessoal (comunitária e/ou familiar) nos 12 meses anteriores à aplicação do questionário. As questões utilizadas para compor a nossa variável estão localizadas no módulo O: Acidentes e Violências da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013; e são: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a). sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante, etc.)?”; “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a). sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge,

parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?”. Sendo que, para ambas as questões, a resposta pode ser sim ou não.

A partir das questões acima, foi elaborada uma nova variável denominada “exposição à violência interpessoal”, com 4 categoriais possíveis de resposta: 0) Não exposto à violência interpessoal; 1) Exposto à violência interpessoal comunitária (por desconhecido); 2) Exposto a violência interpessoal familiar (por conhecido); 3) Exposto a violência interpessoal comunitária e familiar. Dessa maneira, foi possível analisar as diferenças e semelhanças entre elas e responder ao segundo objetivo deste estudo.

Adicionalmente, para investigar o efeito mediador da depressão (objetivo 3), a exposição à violência foi transformada em uma variável binária, sendo 0) não exposto e 1) exposto à violência (de qualquer tipo).

4.3.3. Variáveis independentes (co-variáveis) para ajuste

Tais variáveis foram escolhidas considerando nosso referencial teórico e, ainda, de acordo com os achados prévios na literatura, os quais apontam para associações com a violência, assim como para autoavaliação negativa de saúde.

- a) Características sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino), idade (18-30; 31-40; 41-55; 56 ou mais), raça/cor (branca, preta, amarela, parda e indígena), região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sul e sudeste), escolaridade (selecionada como proxy para condições socioeconômicas, categorizada em superior completo/incompleto,

médio completo/incompleto, fundamental completo/incompleto e sem instrução).

- b) Comportamento prejudicial à saúde: foram utilizadas perguntas retiradas do módulo P – Estilos de Vida da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, para identificar hábitos e práticas de vida que causam danos à saúde. As variáveis utilizadas foram: o consumo abusivo de bebidas alcoólicas; a não realização de atividades físicas; e o uso de tabaco. Para uso abusivo de álcool, foi utilizada a questão relacionada a episódios, nos últimos 30 dias (0 – não; 1 – sim), de *binge drinking* (consumo excessivo de álcool que corresponde à ingestão, em um único dia ou momento, de cinco ou mais bebidas alcoólicas, no caso de homens, e quatro ou mais doses, no caso de mulheres).

Além disso, foi considerado prejudicial o uso de tabaco, independentemente da quantidade (0 – não; 1 – sim), e a não realização de atividade física nos últimos três meses (0 – não, 1 – sim). Tais variáveis foram agrupadas em uma única, sendo esta binária (0 – não/sem comportamento prejudicial; 1 – sim/com comportamento prejudicial).

4.4 Variável mediadora: depressão

Foram utilizadas questões retiradas do módulo N – Percepção do Estado de saúde. As perguntas foram baseadas no Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), instrumento usado para identificar indivíduos em risco de depressão. São nove

questões sobre a presença e frequência de sintomas nas últimas duas semanas da realização do questionário. As respostas são em escala *likert* de 0 a 3. Os sintomas investigados são: “problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?”; “problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?”; “pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?”; “problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?”; “problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?”; “lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?”; “se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?”; “se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?”; “pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?”. As respostas às perguntas individuais foram somadas, originando um escore único a partir do qual foi criada uma variável binária utilizando o ponto de corte ≥ 9 para classificar a presença de depressão. Tal escolha baseia-se na literatura que aponta que, dessa maneira, o PHQ-9 apresenta a máxima sensibilidade (77,5%; 61,5-89,2) e máxima especificidade (86,7%; 83,0-89,9) (Santos et al., 2013).

Na tabela 1, vê-se o tratamento dado a cada variável e sua codificação original no questionário.

Tabela 1 - Descrição e tratamento das variáveis. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil

Variáveis	Código PNS	Codificação original	Codificação utilizada
Sexo	C006	1: Masculino 2: Feminino	0: Masculino 1: Feminino
Idade	C008	Variável contínua	0: 18 a 30 anos 1: 31 a 40 anos 2: 41 a 55 anos 3: 56 ou mais
Escolaridade	VDD004	1: Sem instrução 2: Fundamental incompleto 3: Fundamental completo 4: Médio incompleto 5: Médio completo 6: Superior incompleto 7: Superior completo	0: Superior completo e incompleto 1: Médio completo e incompleto 2: Fundamental completo e incompleto 3: Sem instrução
Raça	C009	1: Branca 2: Preta 3: Amarela 4: Parda 5: Indígena 9: Ignorado	0: Branca 1: Preta 2: Amarela 3: Parda 4: Indígena 9: Ignorado
Região	V001	Capitais brasileiras	0: Sudeste 1: Sul 2: Centro-oeste 3: Norte 4: Nordeste
Comportamento prejudicial à saúde -Ingestão abusiva de bebida alcoólica (binge drinking); -Uso de tabaco; -Não realização de atividade física.	P027; P032; P050; P034.	P027 – ingestão de álcool 1:Nunca; 2:<1/mês; 3:>1/mês P032- binge drinking nos últimos 30 dias 1:Sim; 2:Não P050 - tabaco 1:Sim, diariamente; 2:Sim, menos que diariamente; 3:Não fumo atualmente P034 - atividade física 1: Sim; 2: Não	0: Não 1:Sim
Autoavaliação de saúde	N001	1: Muito boa 2: Boa 3: Regular 4: Ruim 5: Muito ruim	0: Muito boa/boa/regular 1: Ruim/muito ruim
Exposição a violência	O025 + O037	Não exposto Comunitária e familiar Somente comunitária Somente familiar	0: Não exposto 1: Somente comunitária 2: Somente familiar 3: Comunitária e familiar
Depressão maior – (PHQ-9 ≥9)	N010 a N018	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	0: 0 a 8 1: 9 ou mais

5. ANÁLISES

Os dados foram analisados pelo programa estatístico STATA, versão 12.0. Todas as variáveis foram trabalhadas na forma categórica e para todas as análises realizadas foram considerados o desenho da amostragem complexa e seus pesos amostrais. Amostras procedentes de pesquisas por conglomerados, como é a PNS, devem ser analisadas em programas estatísticos capazes de corrigir o efeito da conglomeração das unidades primárias de amostragem, chamado de efeito do plano amostral. Para que isso ocorra, é necessário realizar um processo de calibração, também denominado de pós-estratificação, com o qual são considerados os pesos para as variáveis que definem os estratos, o tipo de desenho e as não respostas (Souza-Júnior et al., 2015).

Na PNS 2013, especificamente, para a calibração da estratificação do morador, foram considerados os pesos da região/município de residência e o sexo. Isso influencia pontualmente os cálculos dos intervalos de confiança relativos a essas variáveis, pois estatisticamente o valor encontrado seria uma precisão exata, não sofrendo variação. Para todas as outras variáveis, foram calculados os intervalos de confiança de 95% (Szwarcwald e Damacena, 2008). A significância estatística foi assumida a 5% e o comando de setup utilizado no banco foi: *svyset UPA_PNS [pweight=V0029], strata(V0024) poststrata(V00293) postweight(V00292) singleunit(centered)*.

I. Análise descritiva

Para responder ao objetivo 1 foi realizada a descrição dos dados referentes à ocorrência da violência familiar e comunitária, considerando suas características,

como natureza do ato, arma utilizada, local da ocorrência, autor e consequências pós-exposição, por meio de cálculos de proporções, considerando os pesos da amostra complexa.

II. Análise de associação

Para responder ao objetivo 2 e investigar a existência de associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde, a análise foi realizada em duas etapas:

1) Análise bivariada entre a variável desfecho e as variáveis independentes. Para análise da associação bruta (bivariada) foram calculadas as proporções de autoavaliação de saúde (Muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim) por categoria das variáveis independentes e utilizado o teste de chi-quadrado de *Pearson*.

2) Análise multivariada para investigar a associação entre a variável de exposição e o desfecho, após ajuste. Para a análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão de Poisson; uma vez que a amostra é complexa e os pesos já estão estimados, a variância robusta está implícita.

O modelo de regressão de Poisson foi considerado o mais apropriado para a análise dos dados, por considerar o desfecho binário e gerar estimativas precisas da razão de prevalência e seus intervalos de confiança (Coutinho et al., 2008).

Estudo epidemiológicos têm demonstrado que o *Odds Ratios* (OR) pode superestimar as associações para os desfechos, a depender da prevalência inicial; dessa forma, a regressão de Poisson passa a ser mais adequada do ponto de vista estatístico e vem sendo utilizada em análises e estudos epidemiológicos transversais

com delineamentos complexos, gerando resultados mais precisos para as associações nas análises simples e múltipla, independentemente da prevalência da condição estudada (Francisco et al., 2008).

Nesse estudo, a variável independente principal é exposição aos tipos de violência interpessoal (comunitária, familiar e ambas), sendo o desfecho de interesse a autoavaliação negativa de saúde. O modelo foi ajustado para sexo, faixa etária, escolaridade, raça, região e comportamento prejudicial à saúde; vale ressaltar que a seleção dessas variáveis seguiu um critério teórico. Além disso, foi também utilizado o teste de chi-quadrado de tendência, para analisar a existência de tendência linear na RP entre os tipos de exposição à violência (comunitária, familiar e combinada).

III. Análise de mediação

Para responder o objetivo 3 e investigar o efeito de mediação da depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa em saúde, estimamos o efeito direto e o efeito indireto (mediado pela depressão) da exposição à violência na autoavaliação negativa de saúde, utilizando *G-computation* – esse modelo pressupõe a existência de confundidores da associação entre a variável de exposição e o mediador (*base confounders*) e da associação entre o mediador e o desfecho (*post confounders*). Além disso, é possível investigar a interação entre a exposição e o mediador. A interação entre exposição à violência e depressão vale ser investigada, pois ambos são estressogênicos e podem, portanto, quando ambos estão presentes, somar ou interagir em seu efeito gerador de estresse (Boynton-Jarrett et al., 2008; Breslau et al., 2008; Daskalopoulou et al., 2016; Dhar e Barton, 2016; Wright, 2006).

No nosso modelo, os *base confounders* foram escolhidos considerando o referencial teórico que aponta para associações com a exposição (violência) e o mediador (depressão). Da mesma maneira se deu o critério de escolha dos *post confounders*, os quais, pela literatura, se associam com o mediador (depressão) e com o desfecho (autoavaliação negativa de saúde). Dessa forma, definimos os confundidores de base (*base confounders*) como as variáveis: sexo, idade, escolaridade, região de moradia e raça; e os pós confundidores (*post-confounders*) como o comportamento prejudicial à saúde. Para estimarmos os efeitos diretos e indiretos totais, foram testadas as interações entre a exposição (violência) e o mediador (depressão). Vale lembrar que, nessa etapa da análise, a exposição à violência foi tratada como binária, ou seja, “exposto” ou “não exposto”, sem que haja especificação do tipo de violência.

O Gráfico acíclico direto (DAG), que expressa a forma como as variáveis estão relacionadas teoricamente para análise de mediação, pode ser visto na figura 3, a seguir.

Figura 3 – Gráfico acíclico direto do efeito da exposição à violência sobre a autoavaliação negativa de saúde

Antes de realizar a análise de mediação, investigamos a associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde (modelo 1), entre exposição à violência e depressão (modelo 2), ambos com ajuste para sexo, faixa etária, escolaridade, raça, região de moradia e comportamento prejudicial à saúde. Investigamos, ainda, a associação entre depressão e autoavaliação negativa de saúde (modelo 3), após ajuste para exposição a sexo, violência, faixa etária, escolaridade, raça, região de moradia e comportamento prejudicial à saúde. Para essas análises, utilizamos modelos de regressão de *Poisson*.

6. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e aprovado (CAAE: 61603516.2.0000.0065 e parecer: 1.818.294). Este estudo utiliza a base de dados da “Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas”, realizada pelo IBGE e disponível para pesquisa. Trata-se, portanto, de um projeto que lança mão de dados secundários. A base de dados da PNS 2013 não possibilita a identificação dos entrevistados, garantindo, portanto, o anonimato e a confidencialidade das informações.

7. RESULTADOS

7.1. Resultados da análise descritiva

Os resultados desse estudo são referentes a 60.202 indivíduos, entre 18 e 107 anos, entrevistados pela PNS em 2013. A amostra é composta, em sua maioria, de mulheres (52,90%), indivíduos com ensino fundamental completo ou incompleto (35,16%), da região sudeste do país (43,79%), com comportamento prejudicial à saúde (76,30%) e brancos (47,46%); apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Características da amostra. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Variáveis	%	IC95%	
Sexo			
Masculino	47,10%	-	-
Feminino	52,90%	-	-
Faixa etária			
18 a 30 anos	28,34%	27,96%	28,71%
31 a 40 anos	21,23%	20,82%	21,63%
41 a 55 anos	26,22%	25,87%	26,55%
56 ou mais	24,21%	2,38%	2,45%
Escolaridade			
Superior completo ou incompleto	17,51%	16,72%	18,28%
Médio completo ou incompleto	33,64%	3,29%	3,43%
Fundamental completo ou incompleto	35,16%	34,41%	35,91%
Sem instrução	13,69%	13,17%	14,20%
Raça			
Branca	47,46%	46,70%	48,21%
Preta	9,19%	8,74%	9,64%
Amarela	0,95%	0,80%	1,07%
Parda	41,98%	41,23%	42,71%
Indígena	0,42%	0,35%	0,49%

continua

Continuação: Tabela 2 – Características da amostra. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil

Variáveis	%	IC95%	
Região			
Sudeste	43,79%	-	-
Sul	14,78%	-	-
Centro-Oeste	7,37%	-	-
Norte	7,44%	-	-
Nordeste	26,62%	-	-
Comportamento prejudicial à saúde			
Não	23,69%	23,03%	24,36%
Sim	76,30%	75,63%	76,96%

*Os IC 95% das variáveis sexo e região não são estimados devido à sua configuração nos cálculos de pesos da amostra complexa.

Na tabela 3, por sua vez, é possível observar a prevalência da exposição à violência (5,4%), da depressão (9,6%) e da autoavaliação negativa de saúde (6,4%) na amostra analisada.

Tabela 3 – Exposição à violência, depressão e autoavaliação de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Variáveis	%	IC95%	
Exposição à violência			
Não exposto	94,56%	94,24%	94,86%
Exposto	5,44%	5,13%	5,75%
Exposição por tipo de violência			
Somente comunitária (por desconhecido)	2,91%	2,67%	3,14%
Somente familiar (por conhecido)	2,29%	2,09%	2,49%
Exposição concomitante	0,24%	0,17%	0,28%

continua

Continuação: Tabela 3 – Exposição à violência, depressão e autoavaliação de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Variáveis	%	IC95%	
Depressão			
Ausência de episódio depressivo maior	90,40%	89,97%	90,84%
Presença de episódio depressivo maior	9,60%	9,15%	10,02%
Autoavaliação de saúde			
Positiva/regular	93,58%	93,86%	94,48%
Negativa	6,42%	5,51%	6,13%

A natureza dos atos violentos é apresentada no gráfico 1. Entre os que foram vítimas de violência comunitária, predominam os casos de violência psicológica (48,14%), seguido de violência física (42,78%) e sexual (0,24%). Já entre as vítimas de violência familiar (por conhecido), 52,55% sofreram violência psicológica, 39,51% física e 0,22% sexual. Apesar das diferenças dos tipos de violência, foram encontradas distribuições bastante similares no que se refere à natureza da violência.

Gráfico 1 – Natureza da violência segundo tipo de violência referida. Brasil, PNS 2013.

Gráfico 1 – Natureza da violência segundo tipo de violência referida. Brasil, PNS 2013.

No gráfico 2, por sua vez, é possível observar o meio através do qual a violência foi perpetrada, segundo o tipo de violência. Entre os que referiram ter sido vítimas de violência comunitária, predominou o uso de armas de fogo (32,47%), seguido por ofensas e xingamentos (28,26%) e uso da força corporal (19,58%). Já entre as vítimas de violência familiar, é possível observar que mais da metade, precisamente 57,53%, foram vítimas de ofensas e xingamentos, 30,21% de violência com uso de força física e 3,87% por objetos perfurocortantes, como facas. Armas de fogo foram utilizadas apenas em 1,6% dos casos.

Gráfico 2 – Meio através do qual a violência é perpetrada, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.

Gráfico 2 – Meio através do qual a violência é perpetrada, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.

Quanto ao local, nota-se (gráfico 3) 52,79% da violência comunitária ocorrida em via pública e 55,51% da violência familiar na própria residência.

Gráfico 3 – Local de exposição à violência, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.

Gráfico 3 – Local de exposição à violência, segundo tipo de violência. Brasil, PNS 2013.

Informações sobre a autoria podem ser vistas nos gráficos 4 e 5. Entre as vítimas de violência familiar, 23,74% foram perpetradas pelo cônjuge ou ex-cônjuge (23,74%), por outros parentes (14,94%), por irmão (10,98%) e por filho(a) (7,85%).

Gráfico 4 – Autor da violência familiar. Brasil, PNS 2013

Gráfico 4 – Autor da violência familiar. Brasil, PNS 2013

Entre as vítimas de violência comunitária, predominam os assaltantes (59,81%) como agressores.

Gráfico 5 - Autor da violência comunitária. Brasil, PNS 2013

Gráfico 5 – Autor da violência comunitária. Brasil, PNS 2013

Como consequências pós-exposição à violência foi encontrado que, entre as vítimas de violência comunitária, 26,76% apresentaram sequelas, 20,3% ficaram inativos em relação as suas atividades diárias, 18,6% tiveram lesões corporais, 13,13% buscaram assistência após sofrer a violência e 5,32% precisaram de internação hospitalar. Já entre as vítimas de violência familiar 22,5% apresentaram sequelas, 19,69% ficaram inativos em relação a suas atividades diárias, 20,68% apresentaram lesões corporais, 17,85% procuraram assistência, 2,24% precisaram de internação hospitalar (gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição das vítimas de violência comunitária e familiar segundo a consequência pós-exposição à violência. Brasil, PNS 2013

Gráfico 6 – Distribuição das vítimas de violência comunitária e familiar segundo a consequência pós-exposição à violência. Brasil, PNS 2013

7.2. Associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde

No gráfico 7, apresentamos a prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo exposição à violência. A prevalência encontrada entre os não expostos (5,69% - $p < 0,001$) e entre os expostos exclusivamente à violência comunitária (5,66% - $p < 0,001$) foi bastante semelhante. Há um aumento na prevalência de autoavaliação negativa de saúde entre os expostos à violência familiar (10,92% - $p < 0,001$) e aqueles expostos a ambos os tipos de violência (12,37% - $p < 0,001$).

Gráfico 7 – Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo tipo de exposição à violência. Brasil, PNS 2013.

Gráfico 7 - Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo tipo de exposição à violência. Brasil, PNS 2013

Esses resultados sugerem que a exposição à violência se associa a uma pior avaliação do estado de saúde, em especial quando da presença de exposição à violência familiar e nos casos de polivitimização ou exposição combinada. Nesta seção, o nosso objetivo é investigar essa associação, após ajuste para possíveis variáveis confundidoras.

Na tabela 4, apresentamos o resultado da análise entre cada uma das variáveis independentes e a autoavaliação negativa de saúde. É possível notar um percentual de autoavaliação negativa de saúde de 6,74% entre as mulheres e de 4,79% entre os homens. A escolaridade segue uma tendência a partir da qual os indivíduos com menor escolaridade apresentam maior proporção de autoavaliação negativa de saúde do que aqueles com maior escolaridade. Em relação à raça, em ordem crescente, percebe-se que, entre os brancos, 4,71% avaliam negativamente sua saúde, seguido pelos amarelos (4,90%), pardos (6,66%), pretos (7,55%) e indígenas (11,51%).

Quanto à região de moradia no Brasil, o Nordeste apresenta maior proporção (8,29%) de autoavaliação negativa de saúde – a maior proporção negativa entre as regiões. Entre indivíduos que apresentam comportamento prejudicial à saúde, 6,89% autoavaliam negativamente sua saúde.

Em relação à chance de autoavaliar negativamente a saúde, é possível dizer que as mulheres avaliam negativamente a sua saúde 1,40 (IC95% 1,26-1,55) vezes mais do que os homens. Quanto à idade, foi possível notar que com o aumento da faixa etária, também há aumento da probabilidade de se autoavaliar negativamente a saúde, ou seja, quanto mais velho o indivíduo, maior a probabilidade de se considerar negativamente a própria saúde. O mesmo acontece com a escolaridade: indivíduos sem instrução educacional apresentam 10,41 (IC95% 8,20-13,21) vezes mais probabilidade de avaliarem a própria saúde como ruim em relação aos indivíduos com ensino superior. Os pardos, negros e indígenas possuem maiores chances de autoavaliar a saúde como ruim quando comparado aos brancos, sendo 1,41 (1,25-1,58), 1,60 (IC95% 1,33-1,92) e 2,44 (IC95% 1,52-3,91), respectivamente. Os indivíduos que apresentam comportamento prejudicial à saúde avaliam negativamente sua saúde 2,87 (2,44 – 3,37) vezes mais, quando comparados àqueles que não apresentam comportamento prejudicial à saúde.

Dessa forma, é possível dizer que as mulheres, pessoas mais velhas, pardos, negros e indígenas, com baixa escolaridade e residentes do Nordeste brasileiro, avaliam pior a própria saúde; em outras palavras, a chance de considerarem sua saúde como ruim é maior.

Tabela 4 – Associação bruta entre variáveis demográficas e de saúde e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Variáveis	Autoavaliação negativa de saúde				
Sexo	%	RPb	IC95%		Valor de P
Masculino	4,79%	1,00	-	-	< 0,001
Feminino	6,74%	1,40	1,26	1,55	
Faixa etária					
18 a 30 anos	1,75%	1,00	-	-	< 0,001
31 a 40 anos	3,55%	2,02	1,59	2,57	
41 a 55 anos	6,72%	3,83	3,13	4,63	
56 ou mais	11,62%	6,63	5,49	8,02	
Escolaridade					
Superior completo ou incompleto	1,49%	1,00	-	-	< 0,001
Medio completo ou incompleto	2,35%	1,58	1,21	2,06	
Fundamental completo ou incompleto	7,55%	5,08	4,00	6,44	
Sem instrução	15,47%	10,41	8,20	13,21	
Raça					
Branca	4,71%	1,00	-	-	< 0,001
Preta	7,55%	1,60	1,33	1,92	
Amarela	4,90%	1,03	0,58	1,86	
Parda	6,66%	1,41	1,25	1,58	
Indígena	11,51%	2,44	1,52	3,91	
Região					
Sudeste	4,41%	1,00	-	-	< 0,001
Sul	5,31%	1,20	1,01	1,43	
Centro-Oeste	5,43%	1,23	1,03	1,46	
Norte	6,75%	1,53	1,27	1,83	
Nordeste	8,29%	1,88	1,63	2,15	
Comportamento prejudicial à saúde					
Não	2,04%	1,00	-	-	< 0,001
Sim	6,89%	2,87	2,44	3,37	

Na tabela 5, observam-se os resultados da análise de associação bruta e ajustada entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde. A exposição

à violência comunitária, isoladamente, na análise bruta, não se mostrou associada à autoavaliação negativa de saúde (RP 0,99; IC95% 0,74-1,33), contudo, no modelo ajustado após o controle das variáveis de confusão, foi possível evidenciar a associação (RP 1,52; IC95% 1,15-2,00). Já a violência familiar, isoladamente, mostrou-se associada à autoavaliação negativa de saúde tanto no modelo bruto (RP 1,92; IC95% 1,54-2,39) quanto no ajustado. Após os ajustes, a chance de uma avaliação negativa de saúde entre os expostos à violência familiar foi cerca de duas vezes maior do que entre os não expostos a violência (RP=2,01; IC95% 1,65-2,44).

A exposição concomitante, por sua vez, foi a categoria com maior magnitude de associação encontrada em nossa análise, quando consideramos a estimativa pontual. Na análise bruta, indivíduos polivitimizados apresentaram uma prevalência 2,17 vezes maior (RP=2,17; IC95% 1,10-4,25) de autoavaliação negativa de saúde, quando comparados aos não expostos. A força de associação aumenta após ajuste das variáveis de confusão, sendo que indivíduos que foram expostos aos dois tipos de violência apresentam uma prevalência quase 4 vezes maior (RP=3,38; IC95% 1,67-6,82) de autoavaliação negativa de sua saúde. Observa-se que o efeito da violência familiar foi maior do que o da violência comunitária e que o da exposição combinada foi superior ao da violência familiar isolada. Cabe ressaltar que há sobreposição do intervalo de confiança encontrado para exposição à violência comunitária exclusiva e exposição concomitante; e que há, também, sobreposição entre os intervalos de confiança encontrados para exposição familiar exclusiva e concomitante. A análise da tendência, entretanto, nos diz que há uma tendência significativa que aponta para o crescimento da magnitude da associação entre as categoriais de exposição.

Tabela 5 - Associação bruta e ajustada entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Variáveis		Autoavaliação negativa de saúde								
Exposição à violência	%	RP _b	IC95%		Valor de P	RP _{aj}	IC95%		Valor de P	Valor de P
Não exposto	5,69%	1	-	-		1	-	-		
Somente comunitária	5,66%	0,99	0,74	1,33	0,972	1,53	1,16	2,02		
Somente familiar	10,92%	1,92	1,54	2,39	<0,0001	2,03	1,66	2,49	< 0,005*	<0,001**
Exposição concomitante	12,37%	2,17	1,10	4,25	0,024	3,51	1,74	7,08		

7.3. Mediação da depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde

Para investigar o efeito de mediação da depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde, a variável de exposição foi trabalhada na forma binária. Inicialmente, investigamos a associação entre 1) exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde, 2) exposição à violência e depressão e 3) depressão e autoavaliação negativa de saúde, seguindo o disposto no gráfico acíclico direto.

Na tabela 6, é possível observar os resultados da análise de associação entre exposição à violência e os desfechos: autoavaliação negativa de saúde (modelo 1) e depressão (modelo 2). Ambos modelos foram ajustados para sexo, faixa etária, escolaridade, raça, região de moradia e comportamento prejudicial à saúde.

Tabela 6 – Análise ajustada da associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde e entre exposição à violência e depressão. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil

	Modelo 1				Modelo 2			
Variáveis	Desfecho: Autoavaliação negativa de saúde				Desfecho: Depressão			
Exposição à violência	RP _{aj}	IC95%		Valor de P	RP _{aj}	IC95%		Valor de P
Não exposto	1	-	-	< 0,001	1	-	-	< 0,001
Exposto	1,85	1,58	2,18		2,65	2,38	2,95	
Sexo								
Masculino	1	-	-	< 0,001	1	-	-	< 0,001
Feminino	1,39	1,26	1,54		2,14	1,95	2,35	
Faixa etária								
18 a 30 anos	1	-	-	< 0,001	1	-	-	< 0,001
31 a 40 anos	1,75	1,39	2,20		1,15	1,02	1,30	
41 a 55 anos	2,86	2,34	3,49		1,40	1,25	1,57	
56 ou mais	4,04	3,32	4,92		1,25	1,10	1,41	
Escolaridade								
Superior	1	-	-	< 0,001	1	-	-	< 0,001
Médio	1,62	1,23	2,13		1,15	1,00	1,32	
Fundamental	3,54	2,77	4,53		1,57	1,37	1,80	
Sem instrução	5,47	4,20	7,13		1,80	1,55	2,09	
Raça/cor								
Branca	1	-	-	<0,005	1	-	-	>0,05
Preta	1,19	1,00	1,43		1,07	0,93	1,23	
Amarela	1,17	0,68	2,03		0,99	0,66	1,48	
Parda	1,12	0,99	1,27		1,08	0,97	1,19	
Indígena	1,9	1,2	3,01		1,20	0,75	1,92	

continua

Continuação: Tabela 6 – Análise ajustada da associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde e entre exposição à violência e depressão. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil

	Modelo 1				Modelo 2			
Variáveis	Desfecho: Autoavaliação negativa de saúde				Desfecho: Depressão			
Região								
Sudeste	1	-	-		1	-	-	
Sul	1,22	1,03	1,45		1,21	1,06	1,39	
Centro-Oeste	1,22	1,03	1,45	< 0,001	1,09	0,95	1,24	<0,001*
Norte	1,42	1,18	1,71		0,77	0,66	0,88	
Nordeste	1,56	1,36	1,79		1,00	0,89	1,12	
Comportamento prejudicial à saúde								
Não	1	-	-	< 0,005	1	-	-	< 0,001
Sim	1,87	1,59	2,21		1,35	1,20	1,51	

*somente para a região Norte

Na tabela 7, são apresentados os resultados do modelo 3, ou seja, a análise de associação entre depressão e autoavaliação negativa de saúde. Nesse modelo, a exposição à violência se comporta como uma variável de confusão, tendo sido utilizada como variável para ajuste juntamente com sexo, faixa etária, escolaridade, raça, região de moradia e comportamento prejudicial à saúde.

Tabela 7 – Análise ajustada para depressão e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

Modelo 3				
Variáveis	Desfecho: Autoavaliação negativa de saúde			
	RPaj	IC95%		Valor de P
Depressão				
Ausência de episódio depressivo maior	1	-	-	< 0,001
Presença de episódio depressivo maior	4,67	4,23	5,16	
Exposição à violência				
Não exposto	1	-	-	< 0,001
Exposto	1,31	1,11	1,53	
Sexo				
Masculino	1	-	-	< 0,001
Feminino	1,15	1,04	1,27	
Faixa etária				
18 a 30 anos	1	-	-	< 0,001
31 a 40 anos	1,66	1,32	2,09	
41 a 55 anos	2,58	2,12	3,14	
56 ou mais	3,78	3,11	4,59	
Escolaridade				
Superior completo ou incompleto	1	-	-	< 0,001
Médio completo ou incompleto	1,56	1,20	2,03	
Fundamental completo ou incompleto	3,14	2,47	4,00	
Sem instrução	4,62	3,55	6,01	
Raça				
Branca	1	-	-	>0,05
Preta	1,19	1	1,41	
Amarela	1,06	0,69	1,64	
Parda	1,11	0,98	1,25	
Indígena	1,89	1,18	3,01	

continua

Continuação: Tabela 7 – Análise ajustada para depressão e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

		Modelo 3			
Variáveis		Desfecho: Autoavaliação negativa de saúde			
Região					
Sudeste		1	-	-	
Sul		1,14	0,97	1,35	
Centro-Oeste		1,2	1,01	1,42	< 0,001*
Norte		1,59	1,33	1,90	
Nordeste		1,57	1,37	1,79	
Comportamento prejudicial à saúde					
Não		1	-	-	
Sim		1,74	1,48	2,04	< 0,001

* Somente para regiões norte e nordeste

Abaixo, estão os resultados da análise de mediação da variável depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde.

Tabela 8 – Análise de mediação da depressão na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Brasil.

	Efeito mediado (G-formula)	IC 95%		% Efeito mediado	IC 95%	
Efeito Direto Natural (NDE)	0,0117438	0,0025	0,0210	29,15%	6,28%	52,03%
Efeito Indireto Natural (NIE)	0,0285373	0,02233	0,03475	70,85%	55,43%	86,26%

O efeito natural indireto (NIE) aponta que 71% do efeito total da exposição à violência na autoavaliação negativa de saúde é mediado pela depressão e somente 29% corresponde ao efeito natural direto (NDE). Foram utilizados para ajuste como *base-confounders*: sexo, faixa etária, escolaridade, região de moradia e raça; como *post-confounders*: comportamento prejudicial à saúde. O DAG com os resultados encontrados é apresentado na figura 4, a seguir.

Figura 4 - Resultados mediação. DAG do efeito da exposição à violência sobre a autoavaliação negativa de saúde.

8. DISCUSSÃO

Segundo os resultados encontrados, 5,44% da amostra investigada na PNS foi exposta a, pelo menos, um tipo de violência. Predominam as violências de tipo psicológico, tanto entre as vítimas de violência comunitária (violência perpetrada por desconhecidos) quanto entre as vítimas de violência familiar (perpetrada por conhecidos). Esses dois tipos de violência diferem quando consideramos o meio utilizado pelo agressor, com predomínio das armas de fogo para as vítimas de violência comunitária e de ofensas e xingamentos entre as vítimas de violência familiar. Da mesma forma, as situações familiares de violência ocorrem predominantemente em casa, sendo o perpetrador um parente direto da vítima, na maioria dos casos (cônjuge/ex-cônjuge, pai/mãe, irmãos), enquanto as situações de violência comunitária ocorrem predominantemente no espaço público, com agressor identificado como sendo um assaltante, na maioria dos casos. Essas características estão de acordo com o que vem sendo descrito na literatura (Krug et al., 2002).

Associação entre exposição a violência e avaliação do estado de saúde

As exposições à violência comunitária e familiar de forma isolada ($RP_{ajust} = 1,52$ e $RP_{ajust} = 2,01$, respectivamente) ou concomitante ($RP_{ajust} = 3,38$) se associaram à autoavaliação negativa de saúde. A magnitude da associação foi crescente entre os tipos de violência comunitária, de violência familiar e, ainda, de co-ocorrência das duas violências, sugerindo que a exposição concomitante aos dois tipos de violência potencializa o efeito negativo sobre a autoavaliação de estado de saúde. Esse

resultado sugere que todos os tipos de violência estão associados à autoavaliação negativa de saúde, ainda que o impacto seja diferente entre eles.

Em relação à violência familiar, nossos resultados se assemelham aos achados da literatura. Mulheres expostas à violência por parceiro íntimo (VPI) apresentam mais frequentemente uma autoavaliação negativa sobre o seu estado de saúde (Coker et al., 2017; Lown et al., 2006), além de outros desfechos negativos à saúde física e mental (Fletcher, 2010; Mendonça et al., 2017). Resultados semelhantes foram encontrados entre homens vítimas de VPI (Coker et al., 2017), entre idosos (Giraldo-Rodríguez et al., 2015b), crianças, adolescentes e jovens (Margolin et al., 2010; World Health Organization, 2015). Sobre a VPI e a violência de gênero, destaca-se achados similares de estudo multicêntrico realizado na China, Nigéria, Índia, África do Sul e EUA, em 2013, que evidenciou que sofrer violência de gênero, seja familiar (por conhecido) ou comunitária (por desconhecido), está associado à pior saúde mental (sintomas depressivos OR = 3,05; ideação suicida OR = 2,64) e pior autoavaliação de saúde (OR = 6,19)(Decker et al., 2014). Em relação à violência contra os idosos, vale citar estudo realizado no México, no qual observou-se que aqueles submetidos à violência física, psicológica e/ou exploração financeira apresentaram duas vezes mais chances de avaliar sua saúde regular (OR=2,06; IC96%=1,44-2,96) e ruim (OR=2,57; IC96%=1,59-4,14), se comparados aos idosos que não sofreram nenhum tipo de abuso (Giraldo-Rodríguez et al., 2015b).

Nosso estudo não considerou dados de crianças e adolescentes, entretanto, a literatura indica que as experiências de maus-tratos sofridos na infância repercutem na vida adulta (Dubow et al., 2012; Fairbrook, 2013; James et al., 2018; Silva et al., 2016; Suliman et al., 2009; World Health Organization, 2015; Wright, 2006). Um estudo

realizado nos Estados Unidos teve como objetivo identificar as consequências para a saúde a longo prazo dos maus-tratos e encontrou que adultos que sofreram, durante a infância, maus-tratos pelos pais relataram um maior número de condições médicas crônicas ($b = .51, p < .001$), sintomas físicos ($b = .50, p < .001$) e menor auto-avaliação da saúde ($b = -.66, p < .001$)(Schafer et al., 2014).

As implicações para a saúde decorrentes da violência comunitária são cada vez mais estudadas. Assim como os nossos achados, as pesquisas existentes deixam claro que vítimas de violência comunitária avaliam sua saúde de forma mais negativa, usam serviços médicos mais frequentemente, relatam mais problemas de saúde física e apresentam mais frequentemente comportamentos de risco para a saúde (Borges, 2013; Britt, 2001; Decker et al., 2014; Krug et al., 2002; Peres e Ruotti, 2015; Reichenheim et al., 2011; Silva et al., 2016; Wright, 2006).

A violência comunitária também atinge crianças e adolescentes, produzindo efeitos negativos. Uma revisão bibliográfica, realizada em 2013, com o objetivo de determinar o impacto da violência comunitária na saúde física e mental de crianças e adolescentes, encontrou nos estudos analisados que essa exposição está associada a estresse pós-traumático, sintomas de depressão e ansiedade, queixas somáticas (dores de cabeça e de estômago), asma e autoavaliação negativa de estado de saúde (Fairbrook, 2013).

A classificação da violência comunitária é ampla, abrange a vitimização direta, testemunho, violência percebida na comunidade (vitimização indireta), entre outros tipos. Há, também, estudos de vitimização que associam a vitimização a situações específicas de violência comunitária, como, por exemplo, ter sido vítima de roubo, ter sido ameaçado por armas de fogo, entre outras – associação que não foi feita neste

estudo. Em 2010, foi demonstrado em um estudo, que analisou a relação entre as taxas de vitimização e o sentimento de insegurança, que ter vivenciado uma experiência de vitimização prévia aumenta a sensação de insegurança (OR=3,58). O estudo conclui que esse sentimento afeta a qualidade de vida e gera deterioração da confiança, coesão e controle social. Tais fatores contribuem para o crescimento da criminalidade e prejudica o exercício de liberdade e cidadania (Borges, 2013).

Em 2001, Brit realizou um estudo no qual examinou os efeitos da vitimização direta na autoavaliação de saúde respondida por uma única pergunta. O autor aponta que a medida global da autoavaliação da saúde é muitas vezes um indicador mais apropriado para identificar a saúde atual do indivíduo do que os diagnósticos médicos. Para análise, utilizou o coeficiente de regressão e encontrou que vítimas de violência relatam níveis mais baixos de percepção de saúde ($b = -.47, p < .001$) e de bem-estar físico ($b = -.38, p < .001$), mesmo após haver ajuste para características sociodemográficas (Britt, 2001).

Apter et al. (2010) realizaram um estudo para examinar se a exposição à violência comunitária está associada de forma independente à asma em adultos. Seus resultados, já ajustados, demonstram que há associação positiva e direta entre exposição à violência comunitária e atendimento em serviços de emergência (RR=2,27; IC95%1,32-3,90), hospitalização (RR=2,49; IC95%1,11-5,60), e pior avaliação da qualidade de vida ($b=-.40, p < .001$; IC95% -.77, -.025) entre adultos portadores de asma, se comparados àqueles não expostos (Apter et al., 2010).

A exposição acumulada à violência também vem sendo objeto de estudos. Parte-se da hipótese de que a sobreposição de exposições a eventos negativos, produtores de estresse, levam a um aumento cumulativo do risco à saúde (Lopes et al., 2015;

Silva et al., 2016). Em estudo realizado com adolescentes, Boynton-Jarret et al. (2008) encontraram que o risco de avaliação negativa do estado de saúde aumenta de 1,35 (1,17-1,56) para 2,87 (1,86-4,44) quando a exposição à violência comunitária, ao longo da vida, aumenta de 1 episódio para 5 episódios (Boynton-Jarrett et al., 2008). Kadra et al. (2014) investigaram o efeito da sobreposição de experiências violentas (vitimização, perpetração e testemunho) na saúde mental de adultos (maiores de 16 anos), em um estudo de corte transversal de base populacional no sul de Londres, e encontraram que a prevalência de transtornos mentais comuns, PTSD, uso de drogas e consumo abusivo de álcool aumentam significativamente com o aumento no número de experiências (Kadra et al., 2014). A polivitimização por violência familiar, por parceiro íntimo, por sua vez, está associada a uma maior frequência de uso de serviços de saúde mental, em estudo realizado com uma amostra de mulheres adultas (acima de 18 anos), nos Estados Unidos (Cho e Kwon, 2018). Os resultados são consistentes, quando considerados os efeitos da acumulada exposição a diferentes tipos de violência. Margolin et al. (2010) estudaram o efeito da exposição familiar, por VPI e comunitária, em jovens, e encontraram aumento no risco de sintomas somáticos (RR=1,12, $p<0,05$), de sintomas depressivos (RR=1,77; $p<0,001$), de ansiedade (RR=1,58; $p<0,001$); aumento de riscos associado ao aumento no número de experiências de vitimização. Dubow et al. (2012), relatam maior risco de PTSD em jovens palestinos expostos a diferentes tipos de violência (étnico-política, comunitária, familiar e na escola) (Dubow et al., 2012).

No Brasil, um estudo buscou investigar os efeitos da exposição à violência “familiar e extrafamiliar” no bem-estar subjetivo de adolescentes e encontrou uma associação negativa e significativa, indicando que o acúmulo de experiências se

associa a um menor bem-estar subjetivo (Silva et al., 2016). Esses estudos utilizam metodologias distintas, o que torna difícil a comparação. No entanto, todos apontam para um efeito acumulado de risco. Os nossos resultados confirmam esses achados e apontam para um maior risco de avaliação negativa de saúde quando da exposição acumulada à violência familiar e comunitária.

Esforços vem sendo feitos para compreender os mecanismos fisiopatológicos dos efeitos à saúde associados à exposição à violência. Os estudos de Wright et al. (2004) são considerados um marco para a temática. Entre seus achados, a autora concluiu que crianças asmáticas que vivenciavam violência comunitária também relatavam aumento de dias de sintomas e que seus cuidadores apresentavam mais tempo de sono perdido (Wright et al., 2004). Já em 2006, Wright et al. aponta que a violência comunitária, em conjunto com outras desvantagens sociais, funciona como um estressor psicossocial (Wright, 2006). A autora argumenta que mecanismos neurofisiológicos de resposta aguda e/ou crônicas ao estresse são ativados e influenciam a alostase; nesse sentido, são percebidos aumentos do nível de cortisol, citocinas e catecolaminas que atuam na modulação da resposta humoral. A hiperatividade crônica desses mediadores resulta em uma carga alostática, ou seja: quando esses mediadores são cronicamente secretados é possível que ocorra um efeito imunossupressor (Juster et al., 2010; Mattei et al., 2010; McEwen, 1998; Wright, 2006).

Entende-se, portanto, que a exposição à violência se comporta como um poluente social, pois atua como estressor psicossocial, interferindo na resposta humoral ao estresse e, de maneira progressiva, desperta sentimentos de medo e insegurança que se associam à adoção de comportamentos de risco para a saúde,

como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alterações nos hábitos alimentares (Wright, 2006).

Nossa análise encontrou que o efeito da violência familiar na autoavaliação negativa de saúde foi mais forte do que o da violência comunitária e o da polivitimização foi superior ao da violência familiar isolada. Ao se considerar a violência um estressor psicossocial é possível que se compreenda o efeito cumulativo dos resultados apresentados, pois as características entre os tipos de violência se diferem, sendo cada tipo um estressor adicional para o indivíduo.

O efeito superior da violência familiar pode ser compreendido pois, conforme a própria definição, ocorre entre pessoas conhecidas, em grande parte das vezes de forma crônica e, geralmente, dentro da própria casa em que deveria se dar a garantia de um ambiente seguro. Sendo assim, a polivitimização potencializa, ainda mais, o efeito estressor da exposição à violência.

Depressão como mediadora da associação

Este estudo investigou também o efeito mediador da depressão na associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde, com a intenção de se compreender uma possível via dessa associação. Os resultados encontrados nesta análise de mediação apontam que, do efeito total encontrado na associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde, 71% é mediado pela depressão e somente os outros 29% são de via direta.

Ao se buscar compreender por quais vias a exposição à violência resultaria em uma autoavaliação negativa de saúde foi levantada a hipótese de que sintomas

depressivos, após a exposição do indivíduo a situações de violência, serviriam como uma mediação e impactariam negativamente a autoavaliação de saúde. Nossos resultados confirmam essa hipótese e sugerem que a depressão apresenta um importante papel na autoavaliação de saúde, quando da exposição à violência, sendo que a maior parte do efeito encontrado na associação entre exposição à violência e autoavaliação negativa de saúde passa pela via da depressão.

O impacto da violência sobre a saúde mental também foi demonstrado em estudo que analisou a associação da exposição à violência e transtornos mentais nos dois maiores centros urbanos do Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro, e encontrou associação entre a exposição e o aumento na prevalência de todas as classes de transtornos. Na amostra estudada, a exposição a eventos violentos nas duas cidades pesquisadas foi altamente prevalente, sendo que aproximadamente 90% das pessoas que vivem em São Paulo e no Rio de Janeiro já enfrentaram pelo menos uma experiência traumática ao longo da vida (Ribeiro et al., 2013). Entre os resultados apresentados, a exposição à violência comunitária, especificamente a relacionada a assaltos e roubos, foi significativamente associada ao aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos relacionados à saúde mental, como abuso de álcool (OR=2,29; IC95%=1,15-4,55), transtorno de ansiedade (OR=1,98; IC95%=1,22-3,19), transtorno de estresse pós-traumático (OR=2,14; IC95%=1,44-3,19) e transtorno depressivo maior (OR=1,96; IC95%=1,46-2,62) (Ribeiro et al., 2013).

Um estudo realizado em 2018, no México, buscou compreender de que maneira a violência comunitária, relacionada à chamada “guerra as drogas”, influencia a saúde mental da população. Os resultados encontrados apontaram que a população exposta

a um confronto apresenta aumento dos sintomas depressivos em 2,2% e, além disso, se o confronto tiver a participação das forças policiais locais, o aumento dos sintomas de depressão passa para 5,5%. Segundo o autor, esses achados sugerem que a população tem mais medo de violência liderada pelo Estado, isto é, quando forças policiais locais estão envolvidas, pois essas instituições estão mais próximas da comunidade e suas operações afetam negativamente as atividades cotidianas dos cidadãos (Flores Martínez e Atuesta, 2018).

Neste presente estudo, a violência policial está inserida no tipo de violência comunitária, o que indica sua participação nos resultados do efeito mediado pela depressão, entretanto, considera-se importante que futuros estudos, no Brasil, realizem análises específicas das consequências da perpetração da violência policial.

Há, também, evidências que indicam que a exposição à violência e maus-tratos durante a infância estão associados a desfechos depressivos na adolescência e na vida adulta, correspondendo com nossos achados de mediação (Danese and McEwen, 2012a; Gallo et al., 2017; Mills et al., 2013; Nanni et al., 2012; Norman et al., 2012). Uma metanálise, realizada com o objetivo de reunir as evidências de associações entre maus-tratos não sexuais na infância e os desfechos relacionados à saúde mental e física, encontrou maior risco para sintomas depressivos nos casos em que houve violência física (OR 1,54; IC95% 1,16–2,04), violência emocional (OR 3,06; IC95% 2,43–3,85) e negligência (OR 2,11; IC95% 1,61–2,77), e alertou, essa metanálise, para a necessária conscientização sobre as graves consequências, a longo prazo, da violência contra a criança (Norman et al., 2012).

Outro exemplo dessa via é um estudo realizado, na Colômbia, em 2017, com idosos (60 anos ou mais), que investigou a associação entre o indivíduo ter sido

exposto à violência sexual no passado e os sintomas depressivos e a autoavaliação negativa de saúde. Os resultados mostraram chances significativamente maiores de depressão (OR 3,91; IC95% 2,13-7,16) e autoavaliação negativa de saúde (OR 3,25; IC95% 2,43-4,34) para os idosos expostos à violência sexual no passado (Flores et al., 2018).

Além disso, como visto anteriormente, tanto a exposição à violência quanto a depressão são condições geradoras de estresse, que se associam com inúmeros desfechos negativos relacionados à saúde, como doenças crônicas, como as cardiovasculares e doenças respiratórias, além do aumento da utilização dos serviços de saúde (Apter et al., 2010; Bonomi et al., 2007; Daskalopoulou et al., 2016; Day et al., 2003; Dhar and Barton, 2016; Gigantesco et al., 2015; Katon et al., 2007; Paiva and Tavares, 2015; Peres and Ruotti, 2015; Ribeiro et al., 2009; Silva et al., 2007; Ströhle, 2009; Wright, 2006).

A identificação dessa via de efeito sobre a autoavaliação negativa de saúde é alarmante, pois entende-se que há a possibilidade de ampliação do efeito do estresse, com consequentes alterações neurofisiológicas, e refletindo, dessa forma, mais fortemente na autoavaliação negativa de saúde (Danese and McEwen, 2012b; Faye et al., 2018).

Em conjunto, os resultados desses diferentes estudos sugerem que a violência deve ser identificada como um dos mais importantes estressores associados a transtornos mentais, em especial à depressão, devendo sua presença ser investigada (Montesó-Curto et al., 2017). Além disso, seu enfrentamento deve ser uma prioridade para a saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, que apresentam altos índices de violência.

Limitações

Nossos resultados precisam ser analisados à luz das limitações do presente estudo. A primeira dessas limitações é o fato de que a exposição à violência foi medida por meio de uma única pergunta genérica, sem citar atos previamente definidos como violência, o que pode diminuir a sensibilidade de captação dos casos, uma vez que o entendimento sobre um determinado ato ser ou não violência pode se alterar entre pessoas e lugares. Assim como no caso da violência familiar, a pergunta sobre violência interpessoal comunitária foi única e geral. Além disso, não medimos a vitimização indireta e a violência percebida na comunidade, nem seus efeitos. Dessa forma, a frequência de exposição à violência pode estar subestimada.

Atualmente, sabe-se que há disponibilidade de instrumentos que foram traduzidos e validados culturalmente para o Brasil, os quais se mostram mais sensíveis para aferição e detecção de casos de violência, uma vez que investigam a ocorrência de atos específicos de violência física – como tapas, socos, etc. –, de violência psicológica – como ameaças, humilhações, etc. – e de violências sexuais – como o caso de uma pessoa ser forçada a ter relações sexuais. Entretanto, esses instrumentos são, na maior parte das vezes, utilizados em um grupo específico de exposição, como o *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC), utilizado para detectar violência contra crianças, o *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2), utilizado para identificar violência entre casais, o *Caregiver Abuse Screen* (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos, *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) para se estimar violências psicológica, física e sexual perpetradas por parceiros íntimos contra mulheres, entre outros cenários. Cabe ressaltar que a utilização desses instrumentos em um inquérito de base populacional

de abrangência nacional é de difícil aplicabilidade, uma vez que aumentam o tempo e complexificam a coleta de dados (Moraes et al., 2002; Paixão Jr et al., 2007; Reichenheim e Moraes, 2006; Schraiber et al., 2010).

Outra limitação do presente estudo se refere à não inclusão, em nosso modelo, da renda como variável de ajuste. É conhecida a forte associação entre renda e escolaridade, sendo ambas variáveis que expressam a condição socioeconômica dos indivíduos e de suas famílias. Neste estudo, optamos por usar a escolaridade como *proxy* para condição socioeconômica, evitando assim o problema da multicolinearidade em nosso modelo. É possível, entretanto, que exista um confundimento residual da renda, considerando sua associação tanto à violência quanto à pior autoavaliação de saúde.

Além disso, a literatura aponta que existem outros fatores associados à exposição à violência que podem contribuir para autoavaliação negativa de saúde, como ansiedade e estresse pós-traumático, que não foram medidos pela PNS e, portanto, não puderam ser ajustados em nosso modelo final.

Também a presença de condições crônicas não foi incluída como variável de ajuste em nosso modelo. Condições crônicas podem ter grande influência sobre a avaliação de saúde e, inclusive, podem estar associadas à violência, como já foi apresentado na introdução. Essa condição implicaria considerá-las como variáveis com potencial confundidor, demandando, portanto, a sua inclusão como variável de ajuste em nosso modelo. Não o fizemos pois a violência na PNS foi medida nos últimos 12 meses e a doença crônica não tem limite de referência temporal. Portanto, não é possível saber se a doença crônica é preexistente à violência ou não. Além disso, de um ponto de vista teórico-conceitual, pensamos que as doenças crônicas, quando e

se desencadeadas pelo mecanismo de estresse relacionado à exposição à violência (como um dos fatores, não único), seriam melhor concebidas como uma variável de mediação (a exposição aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas que, por sua vez, aumenta o risco de má avaliação do estado de saúde) e não como confundidora. Neste caso, a inclusão da variável para ajuste do modelo seria incorreta. Isso nos fez optar por não incluir, como variável de ajuste, as doenças crônicas em nosso modelo.

Para mais, devido ao pequeno número de observações na categoria de polivitimização, não foi possível realizar análises estratificadas por sexo e, portanto, não conseguimos identificar diferenças e semelhanças nas associações.

A natureza transversal do estudo também não nos permite fazer inferências longitudinais sobre a direção da associação estudada. Contudo, existem dados longitudinais que sustentam, pelo contrário, a hipótese de haver, sim, associação, no sentido de a violência causar a depressão e, conseqüentemente, uma pior autoavaliação de saúde (Murray et al., 2018).

Entre os pontos fortes, é possível destacar que este é um estudo com amostra representativa da população brasileira de base domiciliar, com alta taxa de resposta (91,9%), o que reduz a possibilidade de viés de seleção. O grande tamanho amostral pode também ser considerado uma vantagem, permitindo o estudo de eventos de pequena prevalência. Cabe ressaltar, entretanto, que esse mesmo tamanho amostral pode explicar o encontro de diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, para associações de pequena magnitude.

Sendo assim, o presente estudo permitiu observar a associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde. Para mais, apontou-se

que a violência familiar é mais danosa para uma autoavaliação negativa de saúde do que a violência comunitária; constatou-se, também, que a exposição aos dois tipos de violência aumenta sobremaneira a chance de haver uma avaliação negativa do estado de saúde.

Além disso, foi possível constatar o importante papel mediador da depressão na associação entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde. Compreende-se como necessária a investigação mútua quando a presença de violência ou depressão forem identificadas no serviço de saúde. Contudo, sabe-se que a violência, por vezes, é silenciosa e de difícil identificação (Silva et al., 2007); daí o entendimento de que a identificação de um ponto de intervenção possível, como é o caso da depressão, pode colaborar para o enfrentamento das consequências da violência e, então, impactar positivamente a autoavaliação de saúde.

Para mais, reforçamos a necessidade da sensibilização e da implementação de ações efetivas de prevenção e de acolhimento de pessoas expostas à violência nos serviços de saúde. É de extrema importância o desenvolvimento de estudos epidemiológicos para identificação do problema, de produção de dados e de elaboração de estratégias de ação que visem o enfrentamento do problema. Para que haja melhor observação do fenômeno da polivitimização, recomendamos, que futuros estudos realizem uma análise estratificada por sexo, a fim de se identificar as diferenças e se focalizar futuras ações; e, ainda, indicamos a necessidade de que inquéritos populacionais incluam perguntas mais sensíveis, a fim de que haja uma melhor estimativa da prevalência populacional do fenômeno.

9. CONCLUSÃO

A presente pesquisa mostrou o impacto que a exposição à violência (seja comunitária, familiar ou concomitante) provoca na autoavaliação negativa de saúde. Nisso, ficou evidenciado a potencialização do efeito estressor da polivitimização na referida associação. Além disso, foi demonstrado o importante efeito mediador que a depressão exerce entre a exposição à violência e a autoavaliação negativa de saúde.

Os resultados obtidos sustentam o argumento de que o enfrentamento da violência deve ser uma importante prioridade para a saúde pública, pois, além de a violência se associar significativamente à autoavaliação negativa de saúde, também compõe uma parte substancial dos problemas populacionais de saúde mental, especificamente a depressão.

Pode ser considerado um alerta aos serviços de saúde de atendimento as vítimas de violência familiar, em relação à importância de se desenvolver sensibilidade na identificação não somente do ato violento, mas também do contexto em que as vítimas estão imersas. Uma vez que, no Brasil, a violência urbana é avaliada como endêmica, há um aumento da violência de Estado e um colapso estrutural de políticas públicas.

As consequências para a saúde, decorrentes da exposição à violência, diferem a depender do tipo de violência sofrida e se agravam quando o indivíduo está sofrendo, concomitantemente, violência familiar e comunitária. Além disso, a depressão exerce um importante efeito na mediação entre a exposição à violência e

a autoavaliação em saúde, sendo um dos estressores sociais associados a transtornos mentais.

É possível compreendermos, então, que é necessário advogar por ambientes públicos mais seguros que possam contribuir para que haja uma melhora nas percepções sobre qualidade de vida, bem-estar e proteção. Ademais, depreende-se que as comunidades mais afetadas pela violência comunitária (incluindo a violência policial) e os grupos de risco em violência familiar devem ter acesso garantido a serviços de saúde mental.

10. REFERÊNCIAS

- Adeodato VG, Carvalho R dos R, Siqueira VR de, Souza FG de M e. *Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros*. Rev Saúde Pública 2005;39:108–13. doi:10.1590/S0034-89102005000100014.
- Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. *Low health-related quality of life among abused women*. Qual Life Res 2006;15:959–65. doi:10.1007/s11136-006-0046-4.
- Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MB de A, Fisberg RM, Cesar CLG, et al. *Plano de amostragem em inquéritos de saúde*. Município de São Paulo, 2015. Rev Saúde Pública 2018;52. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000471.
- Ambresin G, Chondros P, Dowrick C, Herrman H, Gunn JM. *Self-rated health and long-term prognosis of depression*. Ann Fam Med 2014;12:57–65. doi:10.1370/afm.1562.
- Andrade FCD, Mehta JD. *Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013*. PLoS One, 2018; 13:e0196494. doi: 10.1371/journal.pone.0196494.
- Apter AJ, Garcia LA, Boyd RC, Wang X, Bogen DK, Ten Have T. *Exposure to community violence is associated with asthma hospitalizations and emergency department visits*. J Allergy Clin Immunol 2010;126:552–7. doi:10.1016/j.jaci.2010.07.014.
- Aquino NMR De, Sun SY, Oliveira EM De, Martins MDG, Silva JDF Da, Mattar R. *Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes*. Rev. Saúde Pública 2009;43:954–60. doi:10.1590/S0034-89102009005000068.
- Assari S., Moghani Lankarani M. *Violence. Exposure and Mental Health of College Students in the United States*. Behav Sci (Basel, Switzerland) 2018;8. doi:10.3390/bs8060053.
- Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. *Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo*. Cien Saúde Colet 2009;14:383–94. doi:10.1590/S1413-81232009000200008.
- Badawi G, Pagé V, Smith KJ, Gariépy G, Malla A, Wang J, et al. *Self-rated health: A predictor for the three year incidence of major depression in individuals with Type II diabetes*. J Affect Disord 2013;145:100–5. doi:10.1016/j.jad.2012.07.018.
- Barros MB de A. *Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios*. Rev Bras Epidemiol 2008;11:6–19. doi:10.1590/S1415-790X2008000500002.
- Barros MB de A, Lima MG, Azevedo RCS de, Medina LB de P, Lopes C de S, Menezes

PR, et al. *Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013*. Rev Saúde Pública 2017;51. doi:10.1590/s1518-8787.2017051000084.

Barros MB de A, Zanchetta LM, Moura EC de, Malta DC. *Auto-avaliação da saúde e fatores associados*. Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009;43:27–37. doi:10.1590/S0034-89102009000900005.

Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. *Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis*. Soc Sci Med 2012;75:959–75. doi:10.1016/j.socscimed. 2012.04.025.

Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. *Health Outcomes in Women with Physical and Sexual Intimate Partner Violence Exposure*. J Women's Heal 2007;16:987–97. doi:10.1089/jwh.2006.0239.

Borges, D. *Vitimização e Sentimento de Insegurança no Brasil em 2010: Teoria, Análise e Contexto*. Mediações – Rev Ciências Sociais 2013;18:141. doi:10.5433/2176-6665.2013v18n1p141.

Boynton-Jarrett R, Ryan LM, Berkman LF, Wright RJ. *Cumulative Violence Exposure and Self-Rated Health: Longitudinal Study of Adolescents in the United States*. Pediatrics 2008;122:961–70. doi:10.1542/peds.2007-3063.

Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. *A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma*. Arch Gen Psychiatry 2008;65:431. doi:10.1001/archpsyc.65.4.431.

Britt CL. *Health Consequences of Criminal Victimization*. Int Rev Vict 2001;8:63–73. doi:10.1177/026975800100800104.

Cai J, Coyte PC, Zhao H. *Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China*. Int J Equity Health 2017;16:7. doi:10.1186/s12939-016-0496-4.

Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. *Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais*. Psicol Reflexão e Crítica 2007;20:229–37. doi:10.1590/S0102-79722007000200008.

Carvalho AT de, Malta DC, Barros MB de A, Oliveira PNFP de, Mendonça DM de MV, Barros H. *Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal*. Cad Saúde Pública 2015;31:2449–61. doi:10.1590/0102-311X00108814.

Cau BM, Falcão J, Arnaldo C. *Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique*. BMC Public Health 2016;16:856. doi:10.1186/s12889-016-3552-5.

Cerqueira D, Lima RS de, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. *Atlas da Violência 2018*. Rio de Janeiro: 2018.

Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. *Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature*. Age Ageing 2010;39:23–30. doi:10.1093/ageing/afp187.

Chireh B, D'Arcy C. *Pain and self-rated health among middle-aged and older Canadians: an analysis of the Canadian community health survey-healthy aging*. BMC Public Health 2018;18:1006. doi:10.1186/s12889-018-5912-9.

Cho H, Kwon I. *Intimate Partner Violence, Cumulative Violence Exposure, and Mental Health Service Use*. Community Ment Health J 2018;54:259–66. doi:10.1007/s10597-017-0204-x.

Chuang CH, Cattoi AL, McCall-Hosenfeld JS, Camacho F, Dyer A-M, Weisman CS. *Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms*. Ment Health Fam Med 2012;9:107–14.

Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. *Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Epidemiol e Serviços Saúde 2015;24:257–65. doi:10.5123/S1679-49742015000200008.

Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. *Intimate partner violence and women's cancer quality of life*. Cancer Causes Control 2017;28:23–39. doi:10.1007/s10552-016-0833-3.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. *Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal*. Rev Saúde Pública 2008;42:992–8. doi:10.1590/S0034-89102008000600003.

Dachs JNW, Santos APR Dos. *Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003*. Cien Saúde Colet 2006;11:887–94. doi:10.1590/S1413-81232006000400012.

Dahlberg LL, Krug EG. *Violência: um problema global de saúde pública*. Cien Saúde Colet 2006;11:1163–78. doi:10.1590/S1413-81232006000500007.

Danese A, McEwen BS. *Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease*. Physiol Behav 2012a;106:29–39. doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019.

Daskalopoulou M, George J, Walters K, Osborn DP, Batty GD, Stogiannis D, et al. *Depression as a Risk Factor for the Initial Presentation of Twelve Cardiac, Cerebrovascular, and Peripheral Arterial Diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men*. PLoS One 2016;11:e0153838. doi:10.1371/journal.pone.0153838.

Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Azambuja MRF de, Machado DA, Silveira MB, et al. *Violência doméstica e suas diferentes manifestações*. Rev Psiquiatr Do Rio Gd Do Sul 2003;25:9–21. doi:10.1590/S0101-81082003000400003.

Decker MR, Peitzmeier S, Olumide A, Acharya R, Ojengbede O, Covarrubias L, et al. *Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15–19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study*. J Adolesc Heal 2014;55:S58–67. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.08.022.

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. *Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies*. PLoS Med 2013;10:e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439.

Dhar AK, Barton DA. *Depression and the Link with Cardiovascular Disease*. Front Psychiatry 2016;7:33. doi:10.3389/fpsy.2016.00033.

Dubow EF, Boxer P, Huesmann LR, Landau S, Dvir S, Shikaki K, et al. *Cumulative Effects of Exposure to Violence on Posttraumatic Stress in Palestinian and Israeli Youth*. J Clin Child Adolesc Psychol 2012;41:837–44. doi:10.1080/15374416.2012.675571.

Eisenman DP, Gelberg L. *Mental Health and Health-Related Quality of Life Among Adult Latino Primary Care Patients Living in the United States*. J Am Med Assoc 2003;290:627–34.

Eisman AB, Stoddard SA, Heinze J, Caldwell CH, Zimmerman MA. *Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience*. Dev Psychol 2015;51:1307–16. doi:10.1037/a0039501.

Fairbrook SW. *The Physical and Mental Health Effects of Community Violence Exposure in Pre-Adolescent and Adolescent Youth*. J Student Nurs 2013;6:7–14.

Faye C, McGowan JC, Denny CA, David DJ. *Neurobiological Mechanisms of Stress Resilience and Implications for the Aged Population*. Curr Neuropharmacol 2018;16:234–70. doi:10.2174/1570159X15666170818095105.

Fayers PM, Sprangers MAG. *Understanding self-rated health*. Lancet (London, England) 2002;359:187–8. doi:10.1016/S0140-6736(02)07466-4.

Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. *Depression and violence: a Swedish population study*. The Lancet Psychiatry 2015;2:224–32. doi:10.1016/S2215-0366(14)00128-X.

Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. *Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females?* Psychol Med 2002;32:991–6.

Fletcher J. *The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the United States*. Soc Sci Med 2010;70:130–5. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.030.

Flores Martínez I, Atuesta LH. *Mourning our dead: The impact of Mexico's war on drugs on citizens' depressive symptoms*. Int J Drug Policy 2018;60:65–73. doi:10.1016/j.drugpo.2018.07.004.

Flores RJ, Campo-Arias A, Stimpson JP, Chalela CM, Reyes-Ortiz CA. *The Association Between Past Sexual Abuse and Depression in Older Adults From Colombia*. J Geriatr Psychiatry Neurol 2018;31:13–8. doi:10.1177/0891988717743588.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016*. 2016.

Francisco PMSB, Barros MB de A, Segri NJ, Cesar CLG, Alves MCGP. *Inquérito de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil (ISACamp): comparação de estimativas segundo posse de linha telefônica residencial*. Cad Saúde Pública 2011;27:1951–60. doi:10.1590/S0102-311X2011001000008.

Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MB de A, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. *Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência*. Rev Bras Epidemiol 2008;11:347–55. doi:10.1590/S1415-790X2008000300002.

Frisher M, Mendonça M, Shelton N, Pikhart H, de Oliveira C, Holdsworth C. *Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing*. BMC Public Health 2015;15:703. doi:10.1186/s12889-015-1993-x.

Gallo EAG, De Mola CL, Wehrmeister F, Gonçalves H, Kieling C, Murray J. *Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study*. J Affect Disord 2017;217:218–24. doi:10.1016/j.jad.2017.03.065.

Garcia LP, Garcia LP. *Primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, big data e relato de revisões sistemáticas*. Epidemiol e Serviços Saúde 2015;24:195–6. doi:10.5123/S1679-49742015000200001.

Garcia LP, Höfelmann DA, Facchini LA. *Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil*. Cad Saúde Pública 2010;26:971–80.

Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S, Masocco M. *Depressive Symptoms and Behavior-Related Risk Factors, Italian Population-Based Surveillance System, 2013*. Prev Chronic Dis 2015;12:150154. doi:10.5888/pcd12.150154.

Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. *Abuse in Mexican Older Adults*

with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. J Am Geriatr Soc 2015a;63:1594–600. doi:10.1111/jgs.13552.

Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. *Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors.* J Am Geriatr Soc 2015b. doi:10.1111/jgs.13552.

Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JR de A, Lopes CS, Silva GA e, Gamarra CJ, et al. *Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.* J Bras Psiquiatr 2018;67:101–9. doi:10.1590/0047-2085000000192.

Han B. *Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study.* J Am Geriatr Soc 2002;50:1549–56.

Han B, Jylha M. *Improvement in depressive symptoms and changes in self-rated health among community-dwelling disabled older adults.* Aging Ment Health 2006;10:599–605. doi:10.1080/13607860600641077.

Hansen K, Lindström M, Rosvall M. *Age at smoking initiation and self-rated health among second grade high school boys and girls in Scania, Sweden, a cross-sectional study.* BMC Public Health 2015;15:1143. doi:10.1186/s12889-015-2457-z.

Hosseinpoor AR, Stewart Williams J, Amin A, Araujo de Carvalho I, Beard J, Boerma T, et al. *Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health.* PLoS One 2012;7:e34799. doi:10.1371/journal.pone.0034799.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.* 2018.

IBGE. *Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD* 2007:1518–675.

Idler EL, Benyamini Y. *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies.* J Health Soc Behav 1997;38:21. doi:10.2307/2955359.

Illanes E, Bustos L, Vizcarra MB, Muñoz S. *Social and familial determinants of anxiety and depressive symptoms in middle to low income women.* Rev Med Chil 2007;135:326–34. doi:/S0034-98872007000300007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.* Vol. 41. 2014. doi:ISSN 0101-4234.

James S, Donnelly L, Brooks-Gunn J, McLanahan S. *Links Between Childhood Exposure to Violent Contexts and Risky Adolescent Health Behaviors.* J Adolesc Health 2018;63:94–101. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.01.013.

Juster R-P, McEwen BS, Lupien SJ. *Allostatic load biomarkers of chronic stress and*

impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev 2010;35:2–16. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.

Jylhä M. *What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.* Soc Sci Med 2009. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.013.

Kadra G, Dean K, Hotopf M, Hatch SL. *Investigating Exposure to Violence and Mental Health in a Diverse Urban Community Sample: Data from the South East London Community Health (SELCoH) Survey.* PLoS One 2014;9:e93660. doi:10.1371/journal.pone.0093660.

Kaplan GA, Camacho T. *Perceived Health and Mortality: a Nine-Year Follow-Up of the Human Population Laboratory Cohort1.* Am J Epidemiol 1983;117:292–304. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a113541.

Katon W, Lin EHB, Kroenke K. *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness.* Gen Hosp Psychiatry 2007;29:147–55. doi:10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2006.11.005.

Koss MP, Woodruff WJ, Kpss PG. *Relation of Criminal Victimization to Health Perceptions Among Women Medical Patients.* J Consult Clin Psychol 1990;58:147–52.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Geneva: 2002.

Lodin K, Lekander M, Syk J, Alving K, Andreasson A. *Associations between self-rated health, sickness behaviour and inflammatory markers in primary care patients with allergic asthma: a longitudinal study.* NPJ Prim Care Respir Med 2017;27:67. doi:10.1038/s41533-017-0068-0.

Lopes CS, Moraes CL, Junger WL, Werneck GL, Ponce de Leon AC, Faerstein E. *Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study.* BMC Psychiatry 2015;15:109. doi:10.1186/s12888-015-0487-9.

Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. *Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression: a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden.* BMC Public Health 2017;17:335. doi:10.1186/s12889-017-4222-y.

Lown EA, Schmidt LA, Wiley J. *Interpersonal violence among women seeking welfare: unraveling lives.* Am J Public Health 2006;96:1409–15. doi:10.2105/AJPH.2004.057786.

Macedo AC, Paim JS, Silva LMV Da, Costa MDCN. *Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil.* Rev Saúde

Pública 2001;35:515–22. doi:10.1590/S0034-89102001000600004.

Malta DC, Leal M do C, Costa MFL, Moraes Neto OL de. *Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro*. Rev Bras Epidemiol 2008;11:159–67. doi:10.1590/S1415-790X2008000500017.

Malta DC, Stopa SR, Andrade SSC de A, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, Reis AAC dos. *Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013*. Rev Bras Epidemiol 2015;18:109–22. doi:10.1590/1980-5497201500060010.

Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. *Depression: a Global Public Health Concern*. 2012.

Margolin G, Vickerman KA, Oliver PH, Gordis EB. *Violence exposure in multiple interpersonal domains: Cumulative and differential effects*. J Adolesc Heal 2010;47:198–205. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.020.

Mari J de J, Mello MF de, Figueira I. *The impact of urban violence on mental health*. Rev Bras Psiquiatr 2008;30:183–4. doi:10.1590/S1516-44462008000300002.

Mascarenhas MDM, Sinimbu RB, Malta DC, Silva MMA da, Santos AF, Vieira MLFP, et al. *Violência cometida por pessoa conhecida – Brasil, 2013*. Cien Saúde Colet 2017;22:3763–72. doi:10.1590/1413-812320172211.08672016.

Mattei J, Demissie S, Falcon LM, Ordoñas JM, Tucker K. *Allostatic load is associated with chronic conditions in the Boston Puerto Rican Health Study*. Soc Sci Med 2010;70:1988–96. doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.024.

McEwen BS. *Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load*. Ann N Y Acad Sci 1998;840:33–44. doi:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x.

McGill TM, Self-Brown SR, Lai BS, Cowart-Osborne M, Tiwari A, LeBlanc M, et al. *Effects of Exposure to Community Violence and Family Violence on School Functioning Problems among Urban Youth: The Potential Mediating Role of Posttraumatic Stress Symptoms*. Front Public Heal 2014;2. doi:10.3389/fpubh.2014.00008.

Mendonça MFS de, Ludermir AB, Mendonça MFS de, Ludermir AB. *Intimate partner violence and incidence of common mental disorder*. Rev Saúde Pública 2017;51. doi:10.1590/s1518-8787.2017051006912.

Meurer LN, Layde PM, Guse CE. *Self-Rated Health Status: A New Vital Sign for Primary Care?* Wis Med J 2001;100.

Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. *Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences*. Geriatr

Gerontol Int 2012;12:198–206. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x.

Mills R, Scott J, Alati R, O'Callaghan M, Najman JM, Strathearn L. *Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort*. Child Abuse Negl 2013;37:292–302. doi:10.1016/j.chiabu.2012.11.008.

Minayo MC de S. *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. Cien Saúde Colet 2006;11:1259–67. doi:10.1590/S1413-81232006000500015.

Minayo MC de S, Souza ER. *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. 2003.

Minayo MC de S, Souza ER de. *Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos 1997;4:513–31. doi:10.1590/S0104-59701997000300006.

Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. 2005.

Montesó-Curto P, Aguilar C, Lejeune M, Casadó-Marin L, Casanova Garrigós G, Ferré-Grau C. *Violence and depression in a community sample*. J Clin Nurs 2017;26:2392–8. doi:10.1111/jocn.13493.

Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. *Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais*. Cad Saúde Pública 2002;18:163–76. doi:10.1590/S0102-311X2002000100017.

Mossey JM, Shapiro E. *Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly*. Am J Public Health 1982;72:800–8.

Mulsant BH, Ganguli M, Seaberg EC. *The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults*. J Am Geriatr Soc 1997;45:954–8.

Murray J, Lima NP, Ruivo ACO, Ramírez Varela A, Bortolotto CC, Magalhães EI da S, et al. *Lifelong robbery victimisation and mental disorders at age 18 years: Brazilian population-based study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2018;53:487–96. doi:10.1007/s00127-018-1488-z.

Nanni V, Uher R, Danese A. *Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis*. Am J Psychiatry 2012;169:141–51. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335.

Nery Guimarães JM, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, et al. *Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study*. BMC Public Health 2012;12:676. doi:10.1186/1471-2458-12-676.

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. *The long-term health*

consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012;9:e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.

Oliveira MM de, Campos MO, Andreazzi MAR de, Malta DC, Oliveira MM de, Campos MO, et al. *Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE.* Epidemiol e Serviços Saúde 2017;26:605–16. doi:10.5123/S1679-49742017000300017.

Organização Panamericana da Saúde. *Violência y salud*: resolución no XIX. 1994.

Ou JY, Peters JL, Levy JI, Bongiovanni R, Rossini A, Scammell MK. *Self-rated health and its association with perceived environmental hazards, the social environment, and cultural stressors in an environmental justice population.* BMC Public Health 2018;18:970. doi:10.1186/s12889-018-5797-7.

Paiva MM de, Tavares DM dos S. *Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados.* Rev Bras Enferm 2015;68:1035–41.

Paixão Jr CM, Reichenheim ME, Moraes CL, Coutinho ESF, Veras RP. *Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos.* Cad Saúde Pública 2007;23:2013–22. doi:10.1590/S0102-311X2007000900010.

Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. *Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional.* Cad Saúde Pública 2013;29:723–34. doi:10.1590/S0102-311X2013000400010.

Peres MFT, Ruotti C. *Violência urbana e saúde.* Rev USP 2015;65. doi:10.11606/issn.2316-9036.v0i107p65-78.

Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Malta DC, Menezes RL de. *Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.* Cad Saúde Pública 2018;34. doi:10.1590/0102-311x00211417.

Pinto LW, Assis SG de. *Violência familiar e comunitária em escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.* Rev Bras Epidemiol 2013;16:288–300. doi:10.1590/S1415-790X2013000200006.

Reichenheim ME, Moraes CL. *Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC) used to identify child abuse.* Cad Saúde Pública 2006;22:503–15. doi:10.1590/S0102-311X2006000300005.

Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. *Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and*

challenges ahead. *Lancet* 2011;377:1962–75. doi:10.1016/S0140-6736(11)60053-6.

Ribeiro KT. *Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento*. 2011.

Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. *Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura*. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31:S49–57. doi:10.1590/S1516-44462009000600003.

Ribeiro WS, Mari J de J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LMP, et al. *The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil*. *PLoS One* 2013;8:e63545. doi:10.1371/journal.pone.0063545.

Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM, et al. *Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2018;34. doi:10.1590/0102-311x00012817.

Ruotti, C.; Massa, V. C.; Peres MFT. *Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo de homicídios de jovens*. *Interface Comunicação, Saúde, Educ* 2011;15:377–90.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. *Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral*. *Cad Saúde Pública* 2013;29:1533–43. doi:10.1590/0102-311X00144612.

Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. *Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível*. *Cad Saúde Pública* 2007;23:2533–54. doi:10.1590/S0102-311X2007001100002.

Schafer MH, Morton PM, Ferraro KF. *Child maltreatment and adult health in a national sample: Heterogeneous relational contexts, divergent effects?* *Child Abuse Negl* 2014. doi:10.1016/j.chiabu.2013.08.003.

Schnittker J, Bacak V. *The increasing predictive validity of self-rated health*. *PLoS One* 2014;9:e84933. doi:10.1371/journal.pone.0084933.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. *Violência e saúde: estudos científicos recentes*. *Rev Saúde Pública* 2006;40:112–20. doi:10.1590/S0034-89102006000400016.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo W dos S. *Violência dói e não é direito*. 1st ed. Editora UNESP; 2005.

Schraiber LB, Latorre M do RDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. *Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher*. Rev Saúde Pública 2010;44:658–66. doi:10.1590/S0034-89102010000400009.

Shin J, Park E-C, Lee SG, Choi Y, Kim J-H, Kim TH. *The cross-interaction between global and age-comparative self-rated health on depressive symptoms-considering both the individual and combined effects*. BMC Psychiatry 2016;16:433. doi:10.1186/s12888-016-1098-9.

Silva DG da, Dell'Aglío DD, Silva DG da, Dell'Aglío DD. *Exposure to Domestic and Community Violence and Subjective Well-Being in Adolescents*. Paid (Ribeirão Preto) 2016;26:299–305. doi:10.1590/1982-43272665201603.

Silva LL da, Coelho EBS, Caponi SNC de. *Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica*. Interface - Comun Saúde, Educ 2007;11:93–103. doi:10.1590/S1414-32832007000100009.

Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. *Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples*. BMC Public Health 2015;15:979. doi:10.1186/s12889-015-2311-3.

Sørensen J, Kruse M, Gudex C, Helweg-Larsen K, Brønnum-Hansen H. *Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses*. Health Qual Life Outcomes 2012;10:113. doi:10.1186/1477-7525-10-113.

Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, et al. *Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Epidemiol e Serviços Saúde 2015;24:207–16. doi:10.5123/S1679-49742015000200003.

Ströhle A. *Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders*. J Neural Transm 2009;116:777–84. doi:10.1007/s00702-008-0092-x.

Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. *Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents*. Compr Psychiatry 2009;50:121–7. doi:10.1016/J.COMPPSYCH.2008.06.006.

Sundaram V. *Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation?* J Epidemiol Community Heal 2004;58:65–70. doi:10.1136/jech.58.1.65.

Svedberg P, Bardage C, Sandin S, L.Pedersen N. *A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health*. Eur J Epidemiol 2006;21:767–76. doi:10.1007/s10654-006-9064-3.

Szwarcwald CL, Damacena GN. *Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados*. Rev Bras Epidemiol 2008;11:38–45. doi:10.1590/S1415-790X2008000500004.

Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB de, et al. *Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação*. Cien Saúde Colet 2014;19:333–42. doi:10.1590/1413-81232014192.14072012.

Szwarcwald CL, Viacava F. *Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*. Cad Saúde Pública 2010;26:216–7. doi:10.1590/S0102-311X2010000200001.

Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB de. *Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde*. Rev Saúde Publica 2008;42:73–81. doi:10.1590/S0034-89102008000100010.

Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. *Alcohol and Self-Rated Health in a Mediterranean Country: The Role of Average Volume, Drinking Pattern, and Alcohol Dependence*. Alcohol Clin Exp Res 2009;33:240–6. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00826.x.

Viacava F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Cien Saúde Colet 2002;7:607–21. doi:10.1590/S1413-81232002000400002.

Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Brown A, Carter A, et al. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet 2016;388:1545–602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.

Wilson GB, Kaner EFS, Crosland A, Ling J, McCabe K, Houghton CA. *A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life*. PLoS One 2013;8:e71792. doi:10.1371/journal.pone.0071792.

World Health Organization; 2017. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. 2017. doi:ISBN 978-92-4-156548-6.

World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. 2017. doi:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. *Preventing youth violence: an overview of the evidence*. 2015.

Wright RJ. *Health Effects of Socially Toxic Neighborhoods: The Violence and Urban Asthma Paradigm*. Clin Chest Med 2006;27:413–21. doi:10.1016/j.ccm.2006.04.003.

Wright RJ, Mitchell H, Visness CM, Cohen S, Stout J, Evans R, et al. *Community Violence and Asthma Morbidity: The Inner-City Asthma Study*. Am J Public Health

2004;94:625–32. doi:10.2105/AJPH.94.4.625.

Ximenes LF, Assis SG de, Pires T de O, Avanci JQ. *Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes*. *Psicol Reflexão e Crítica* 2013;26:443–50. doi:10.1590/S0102-79722013000300003.

Yu R, Aaltonen M, Branje S, Ristikari T, Meeus W, Salmela-Aro K, et al. *Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:652–658.e1. doi:10.1016/j.jaac.2017.05.016.

11. ANEXOS

Anexo A:

FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Exposição à violência e percepção do estado de saúde:
análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS),
2013

Pesquisador: Maria Fernanda Tourinho Peres

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61603516.2.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.818.294

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal que será desenvolvido com os dados coletados provenientes da “Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas” com finalidade do desenvolvimento de dissertação de mestrado. O projeto apresentado está bem bem delineado, escrito de maneira clara e de fácil compreensão.

Objetivo da Pesquisa:

1. Estimar a prevalência de exposição à violência interpessoal (comunitária e familiar) e descrever a sua ocorrência considerando natureza do ato, arma utilizada, local da ocorrência, perpetrador e uso de serviço de saúde;

2. Analisar a associação entre exposição à violência interpessoal (comunitária e familiar) e percepção negativa do estado de saúde na população adulta de ambos os sexos;
3. Investigar a existência de diferença entre os sexos na associação entre exposição à violência interpessoal (comunitária e familiar) e percepção negativa do estado de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos – não há riscos pois trata-se de pesquisa na base de dados da “Pesquisa Nacional de Saúde

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Continuação do Parecer: 1.818.294

- PNS 2013

Benefícios – melhor compreensão do problema sobre a violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para a saúde pública

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados, atendendo às exigências do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_779994.pdf	27/10/2016 10:48:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Exposicao_a_violencia_percepcao_do_estado_de_saude_PNS.pdf	27/10/2016 10:46:58	Maria Fernanda Tourinho Peres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Alice.pdf	27/10/2016 10:38:28	Maria Fernanda Tourinho Peres	Aceito
Outros	cepuspassinado.pdf	27/10/2016 10:37:27	Maria Fernanda Tourinho Peres	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Alice.pdf	27/10/2016 10:20:23	Maria Fernanda Tourinho Peres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)****Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36**Bairro:** PACAEMBU**CEP:** 01.246-903**UF:** SP**Município:**

SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401**E-mail:** cep.fm@usp.br

Anexo B: Submissão de manuscrito para a Revista Brasileira de Epidemiologia

Revista Brasileira de Epidemiologia

Preview (RBEPID-2018-0590)

From: rbeigente@fsp.usp.br, rbesubmissao@fsp.usp.br
To: alicebaronedeandrade@gmail.com
CC: alicebaronedeandrade@gmail.com, catarina.azeredo@yahoo.com.br, catarina.azeredo@ufu.br, mtperes@usp.br
Subject: Revista Brasileira de Epidemiologia - Manuscript ID RBEPID-2018-0590
Body: 19-Nov-2018

Prezado(a) Ms. de Andrade:

Seu manuscrito intitulado "Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira" foi enviado com sucesso Revista Brasileira de Epidemiologia.

O número de identificação do manuscrito é RBEPID-2018-0590.

Por favor mencione o número de identificação do manuscrito acima em toda a correspondência futura ou ao contatar a Secretaria da Revista Brasileira de Epidemiologia para consultas. Se houver alguma alteração em seu endereço ou endereço de e-mail, faça o login no ScholarOne Manuscripts no <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbeid-scielo> e edite suas informações de usuário conforme apropriado.

Você também pode consultar o status do manuscrito a qualquer momento, verificando em seu perfil na aba "Author Center" após efetuar login no <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbeid-scielo>.

Informamos que verificaremos o arquivo enviado, para ver se o mesmo encontra-se dentro das normas e critérios estabelecidos pela RBE. Caso seja necessário, a secretaria entrará em contato (através de e-mail) para que os autores formatem os arquivos dentro das normas.

Se o manuscrito estiver adequado, será encaminhado para primeira apreciação dos Editores Científicos.

Salientamos que essa mensagem acusa o recebimento e submissão. O manuscrito não se encontra em tramitação/julgamento.

Agradecemos por enviar seu manuscrito para a Revista Brasileira de Epidemiologia.

Atenciosamente,
Revista Brasileira de Epidemiologia Editorial Office

Date Sent: 19-Nov-2018