

Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum

Marcela Franklin Salvador de Mendonça¹, Ana Bernarda Ludermir^{II}

^I Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos 12 meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns.

MÉTODOS: Estudo de coorte prospectivo com 390 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, entre julho de 2013 e dezembro de 2014. A saúde mental foi avaliada pelo *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20). A violência por parceiro íntimo foi definida por atos concretos de violência psicológica, física ou sexual infligidos à mulher pelo parceiro. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar os riscos relativos (RR) brutos e ajustados da associação entre transtorno mental comum e violência por parceiro íntimo.

RESULTADOS: A incidência dos transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres que relataram violência nos últimos 12 meses e de 43,4% nas que relataram violência nos últimos sete anos. Os transtornos mentais mantiveram-se associados à violência psicológica (RR = 3,0; IC95% 1,9–4,7 e RR = 1,8; IC95% 1,0–3,7 nos últimos 12 meses, e sete anos, respectivamente), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica esteve combinada com violência física ou sexual, o risco dos transtornos mentais comuns foi ainda mais elevado, tanto nos últimos 12 meses (RR = 3,1; IC95% 2,1–4,7) quanto nos últimos sete anos (RR = 2,5; IC95% 1,7–3,8).

CONCLUSÕES: A violência por parceiro íntimo está associada à incidência de transtornos mentais comuns nas mulheres. É fundamental o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção para si pelos serviços públicos.

DESCRITORES: Mulheres Agredidas. Transtornos Mentais, epidemiologia. Violência por Parceiro Íntimo. Maus-Tratos Conjugais.

Correspondência:

Marcela Franklin Salvador de Mendonça
Rua Jaildo Figueira Priston, 175
Rio Doce
53080-530 Olinda, PE, Brasil
E-mail: marcelafs.mendonca@gmail.com

Recebido: 14 jan 2016

Aprovado: 8 ago 2016

Como citar: Mendonça MFS, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. Rev Saude Publica. 2017;51:32.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores^a. O fenômeno da violência pode apresentar-se com ao menos dois padrões definidos: situações mais moderadas em que conflitos diversos ou episódios de frustração e raiva irrompem ocasionalmente em agressão; e um padrão mais grave e crônico, de natureza progressiva¹⁷.

É crescente o reconhecimento de que os atos da violência contra as mulheres não são eventos isolados; formam um padrão de comportamento que viola os direitos das mulheres e meninas, limita a sua participação na sociedade e prejudica a sua saúde e bem-estar^b. A complexidade da temática VPI exige considerar as condições estruturantes do tecido social brasileiro, validar o enfoque no contexto cultural reproduzido pelo sistema patriarcal (conhecido por gerar assimetria de poder nas interações humanas) e planejar condições para o acirramento das violações de direitos humanos⁴.

Para Dantas-Berger e Giffin³, uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo “consentiu” certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o papel “ativo” na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a mulher à passividade e reprodução. O jogo de poder masculino advém dessas crenças de o homem possuir direitos e privilégios a mais do que as mulheres⁴.

São grandes os custos sociais e econômicos consequentes da VPI, causando prejuízos para toda a sociedade^{6,15}. As mulheres podem sofrer isolamento, incapacidade para o trabalho, perda de salários e falta de participação em atividades regulares, além de limitar a capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos^a.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a VPI é o tipo mais comum de violência contra as mulheres em todo o mundo, afetando 30% das mulheres. É um grave problema de saúde pública, porque pode provocar lesões imediatas, infecções e transtorno mental^{5,13,b}. O setor da saúde, em particular, tem sido lento para se envolver com a violência contra as mulheres.

Em todo o mundo, os problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre as mulheres que sofreram VPI^{7,c}. Os transtornos mentais comuns (TMC) consistem em sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e ansiedade. Destaca-se que os TMC representam alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde⁸.

A violência por parceiro íntimo, vivida por cerca de 50% das mulheres no Brasil, mostrou-se associada aos TMC em análise utilizando-se o *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20)¹⁰. Os autores encontraram maior prevalência de TMC entre as mulheres que relataram algum tipo de violência do que entre as que não relataram violência (49% versus 19,6%, respectivamente). Além disso, a prevalência de TMC aumenta com a gravidade da violência, sendo 30,6% para as mulheres que foram vítimas apenas da violência física e 62,9% para aquelas que sofreram todas as formas de violência.

Mulheres que sofreram VPI no passado podem estar mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos atuais do que as mulheres que nunca sofreram VPI. Os efeitos da VPI na saúde mental podem ser imediatos e agudos, mas também ter consequências em longo prazo ou até mesmo se tornarem crônicos¹⁶.

A avaliação dos TMC na população é tão importante para compreensão de sua distribuição em diferentes grupos, de acordo com suas diferentes características, quanto dos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo tais agravos.

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação da violência por parceiros íntimos relatada contra as mulheres nos últimos 12 meses e últimos sete anos com a incidência dos transtornos mentais comuns nas mulheres.

^aWorld Health Organization. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: updated November 2014 [citado 2016 jun 22]. (Fact sheet n° 239). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en>

^bWorld Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva; 2013 [citado 2016 dez 3]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

^cWorld Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses: report. Geneva; 2005 [citado 2016 dez 3]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>

MÉTODOS

Este trabalho consiste em um estudo de coorte prospectivo, parte de um estudo maior iniciado em 2005 no qual já foram concluídas duas etapas. Este estudo foi realizado no Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. A primeira etapa foi realizada no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Foram entrevistadas gestantes contatadas durante a consulta do pré-natal. Do total das 1.133 mulheres elegíveis para a pesquisa, 1.120 (98,9%) foram entrevistadas. A segunda etapa ocorreu entre três e seis meses após o parto. Nesta segunda etapa, foram entrevistadas 1.057 mulheres, representando 94,3% das gestantes que responderam ao primeiro questionário.

Este trabalho representa a terceira etapa do estudo. Todas as mulheres que participaram da segunda etapa foram convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiu-se as mesmas perguntas sobre violência que fizemos nas outras etapas, com referência aos últimos sete anos e aos últimos 12 meses.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado, em entrevistas face a face, no período de julho de 2013 a dezembro de 2014. As entrevistadoras selecionadas tinham nível de escolaridade superior, experiência em lidar com o tema “violência contra a mulher” e foram devidamente treinadas. As dificuldades encontradas durante as entrevistas foram discutidas semanalmente com as entrevistadoras. A grande maioria das entrevistas foi realizada no domicílio das mulheres. As questões relacionadas à VPI foram elaboradas tendo como referência o questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica, da Organização Mundial da Saúde, já validado no Brasil¹⁸.

Para identificar a violência, as questões caracterizavam como violência física as agressões físicas ou o uso de objetos ou armas para produzir lesões; como violência psicológica, os comportamentos ameaçadores, as humilhações e os insultos; e como violência sexual, as relações sexuais por meio da força física ou ameaças e imposição de atos considerados humilhantes. Detalhes constam em publicação anterior¹⁰. A mulher que respondeu “sim” a pelo menos uma das questões que compõem cada tipo de violência foi considerada como caso positivo.

Foi definido como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres vivem ou viveram, independentemente de união formal, incluindo os namorados atuais, desde que elas mantivessem relações sexuais com eles.

A saúde mental foi avaliada pelo SRQ-20, um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde para países em desenvolvimento⁶, composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, em Pernambuco, com sensibilidade de 62% e especificidade de 80%⁹. Na análise dos dados, foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8⁶ e as mulheres foram divididas em dois grupos: não-suspeitas de TMC (escore ≤ 7) e suspeitas de TMC (escore ≥ 8).

Foram utilizadas perguntas referentes às características demográficas e socioeconômicas da mulher: idade (24-27; ≥ 28); raça/cor (branca; não branca); vivendo com um parceiro (sim; não); anos de instrução (0-4; ≥ 5); inserção produtiva (desempregada; outras); renda mensal (nenhuma; < 1 salário mínimo^d; ≥ 1 salário mínimo). Os dados da terceira entrevista foram digitados no programa EpiInfo versão 5.3.2, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo *Validate* foi utilizado para checar os erros de digitação e realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados.

A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.1 para Windows. Para testar diferenças entre as proporções, o teste do Qui-quadrado foi utilizado, e aquelas com $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar o risco relativo (RR) e intervalos de confiança de 95% da associação entre TMC, características socioeconômicas e demográficas da mulher e formas de VPI nos últimos

^dEquivalente a R\$678,00 no período deste estudo.

12 meses e últimos sete anos. Fatores potenciais de confusão foram escolhidos com base nos resultados da análise das características socioeconômicas e demográficas da amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer 194.672), em conformidade com a Resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas junto a seres humanos. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 60,9% (644) das puérperas que responderam a segunda etapa da coorte. Seis mulheres haviam morrido. Dentre as perdas, 390 mulheres não foram encontradas por mudança de endereço e 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa. No entanto, essas 390 mulheres entrevistadas no pós-parto e que não foram re-entrevistadas no presente estudo não mostraram diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Para a consolidação dos objetivos, foram excluídas 254 mulheres, das 644 do banco de dados atual, que tinham TMC durante a gravidez, ou seja, na primeira etapa do projeto, resultando em uma amostra de 390.

De acordo com as características socioeconômicas e demográficas, a maioria das mulheres entrevistadas tinha mais de 28 anos de idade, eram não brancas, viviam com um parceiro e possuíam cinco ou mais anos de instrução. Também a maioria das mulheres estava desempregada e recebia menos de um salário mínimo. A incidência de TMC nos últimos sete anos foi maior nas mulheres com renda mensal menor que um salário mínimo (Tabela 1).

Nos 12 meses prévios a este estudo, 20,8% das mulheres foram vítimas de algum tipo de violência. Em relação aos últimos sete anos, as vítimas de algum tipo de violência somaram

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas da mulher e sua associação com transtornos mentais comuns, risco relativo (RR), intervalos de confiança (IC95%) e valores de p.

Variável	n	%	Transtorno mental comum		RR (IC95%)	p
			n	%		
Idade						
24-27	56	14,36	11	19,6	0,9 (0,5-1,6)	0,749
≥ 28	334	85,6	72	21,6	1,0	
Raça/Cor ^a						
Branca	70	18,0	14	20,0	1,0	
Não branca	318	81,9	68	21,4	1,1 (0,6-1,8)	0,799
Vivendo com um parceiro						
Sim	311	79,7	64	20,6	0,8 (0,5-1,3)	0,496
Não	79	20,3	19	24,0	1,0	
Anos de instrução ^b						
0-4	55	14,2	15	27,8	1,0	
≥ 5	332	85,8	67	20,2	0,7 (0,4-1,2)	0,221
Inserção produtiva						
Desempregada	311	79,7	60	19,3	1,0	
Outras	79	20,3	23	29,1	1,5 (0,9-2,3)	0,051
Renda mensal						
Nenhuma	35	9,0	5	14,3	0,9 (0,4-2,3)	0,853
Menos de R\$678,00	220	56,4	57	25,9	1,7 (1,1-2,6)	0,027
Igual ou mais de R\$678,00	135	34,6	21	15,6	1,0	

^a Dados faltantes de 2 participantes.

^b Dados faltantes de 3 participantes.

Tabela 2. Frequência das formas de violência cometida pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses e últimos sete anos e de transtornos mentais comuns.

Variável	n*	%
VPI nos últimos 12 meses		
Sem violência	309	79,2
Apenas psicológica	37	9,5
Física e sexual com ou sem psicológica	44	11,3
VPI nos últimos sete anos		
Sem violência	288	73,8
Apenas psicológica	39	10,0
Física e sexual com ou sem psicológica	63	16,2
Transtornos mentais comuns		
Durante a gravidez		
Sim	486	43,39
Não	634	56,61
Atual		
Sim	83	21,3
Não	307	78,7

VPI: violência por parceiro íntimo

* n durante a gravidez = 1.120; n nos últimos 12 meses e últimos sete anos = 390.

Tabela 3. Incidência dos transtornos mentais comuns nas mulheres vítimas de VPI nos últimos 12 meses e últimos sete anos.

Variável	n	%	RR bruto	IC95%	RR ajustado	IC95%*
VPI nos últimos 12 meses						
Sem violência	46	55,4	1		1	
Apenas psicológica	16	19,3	2,9	1,8–4,6	3,0	1,9–4,7
Física e sexual com ou sem psicológica	21	25,3	3,2	2,1–4,8	3,1	2,1–4,7
VPI nos últimos sete anos						
Sem violência	47	56,6	1		1	
Apenas psicológica	12	14,5	1,9	1,1–3,2	1,8	1,0–3,0
Física e sexual com ou sem psicológica	24	28,9	2,3	1,5–3,5	2,5	1,7–3,8

VPI: violência por parceiro íntimo

* Ajustado pelas variáveis “inserção produtiva” e “renda mensal”.

26,2%. Entre as mulheres que relataram VPI, a violência mais frequente foi a psicológica. Atualmente, 21,3% do total de mulheres, foram acometidas por TMC (Tabela 2). A incidência dos transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres vítimas da violência nos últimos 12 meses e de 43,4% nas que relataram violência nos últimos sete anos (Tabela 3).

O risco relativo (RR) foi maior nas situações de violência física e sexual com ou sem psicológica. A incidência de TMC mostrou forte associação com violência nos últimos 12 meses (RR = 3,1; IC95% 2,1–4,7) e últimos sete anos (RR = 2,5; IC95% 1,7–3,8), mantida mesmo após o ajuste do RR por possíveis fatores de confusão (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo estimou a incidência de transtorno mental comum em mulheres vítimas de VPI, no qual a violência psicológica foi associada ao TMC mesmo quando a violência ocorreu sem a violência física ou sexual e após ajuste por outras variáveis. A maior associação foi encontrada nas situações de violência física e sexual com ou sem psicológica tanto nos últimos 12 meses quanto nos últimos sete anos, o que corrobora os achados de Ludermir et al.¹⁰ referentes ao fato de os TMC aumentarem com a severidade da violência. O pequeno

número de mulheres vítimas de violência apenas física ou sexual, semelhante a outros estudos^{10,20}, impossibilitou análises dessas variáveis isoladamente. Ressalta-se que este estudo é a primeira coorte brasileira, até onde é de conhecimento dos autores, que estima a incidência de TMC em mulheres vítimas de VPI sete anos depois da gravidez.

De acordo com nosso estudo, a violência psicológica foi mais comum que a violência física e sexual e em mulheres com baixa escolaridade e vivendo em situação de menor renda, corroborando com outros estudos^{6,10,11,15}. De fato, a frequência de VPI encontrada pode refletir as características do território de estudo. Relata-se que as frequências da violência dependem, além de outros fatores, das condições socioeconômicas das mulheres e dos seus parceiros e dos contextos socioculturais nos quais a hierarquia de gênero é mais ou menos legitimada, o que contribui para o aumento ou diminuição dos relatos de violência²⁰.

A exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e está significativamente associada a problemas de saúde mental^{12,14}. Uma possível explicação é o fato de que os países em desenvolvimento são sociedades conservadoras e patriarcais que reforçam a desigualdade de gênero². Mulheres vítimas de VPI são mais propensas a apresentarem sintomas de TMC². Além disso, em uma revisão sistemática, foi relatada uma associação moderada ou forte entre VPI e depressão, sugerindo que mulheres vítimas de VPI possuem cerca de três vezes mais risco de desenvolverem sintomas de depressão¹⁹.

Estudos relatam que quanto mais grave a agressão, maior o impacto sobre a saúde mental das mulheres^{12,15}. Esses estudos se assemelham aos nossos resultados, pois verificamos que a maior incidência de TMC ocorreu em mulheres que relataram mais de uma forma de violência. Essa associação pode ser consequência de uma maior frequência de episódios de violência contra a mulher, bem como da natureza mais grave da violência, sendo mais comum nas situações em que ocorrem formas combinadas da violência¹.

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao viés de informação, no que se refere à subnotificação da violência. Por se tratar de um tema sensível, o estigma e a vergonha podem induzir as mulheres a omitir a violência sofrida, levando a uma subnotificação dos casos¹⁰. Além disso, dificuldades e bloqueios da mulher para enfrentar o trauma sofrido e lembrar essa experiência dolorosa podem interferir na sua disponibilidade para falar²⁰. Desse modo, os resultados apresentados aqui podem estar subestimados, levando a uma subestimação da força da associação entre violência e os transtornos mentais.

O papel dos profissionais de saúde na identificação da violência contra a mulher é ainda uma questão em debate²⁰. Há evidências de que a ocorrência de VPI esteja associada à alta frequência de procura dos serviços de atenção primária à saúde¹⁹. Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que sofrem de TMC, pois este pode ser um indício de que essas mulheres estejam sendo vítimas de VPI, já que estes dois agravos estão fortemente associados, resultados apresentados neste estudo. Além disso, a VPI é um agravamento de notificação compulsória de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, cuja notificação é contemplada pela Lei 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher^e.

Devido ao fato de a violência física algumas vezes ocorrer simultaneamente à psicológica, os profissionais de saúde que estão tratando as vítimas de violência física por parceiro íntimo devem estar sensíveis para sintomas de potenciais problemas de saúde mental e encaminhá-las a serviços de saúde mental adequados¹².

Este estudo reforça que a VPI, frequentemente relatada por mulheres no Brasil, está associada à TMC. Políticas e estratégias públicas que visam a reduzir a violência de gênero podem contribuir para prevenir e reduzir os sintomas de TMC entre as mulheres vítimas da violência. É fundamental também o tratamento das consequências da VPI e o apoio às mulheres na busca de proteção nos serviços públicos.

^e Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (DF); 2003 [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm

REFERÊNCIAS

1. 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(6):959-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>.
2. Ceballo R, Ramirez C, Castillo M, Caballero GA, Lozoff B. Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychol Women Q*. 2004;28(4):298-308. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00147.x>.
3. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):417-25. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>.
4. Fonseca DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Soc*. 2012;24(2):307-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8).
6. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41. <https://doi.org/10.1017/S0033291700043993>.
7. Kim J, Lee J. Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Soc Sci Med*. 2013;99:42-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.014>.
8. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2000;16(3):647-59. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300013>.
9. Ludermir AB, Lewis G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(8):622-7. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0938-6>.
10. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):1008-18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>.
11. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVB. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):29-35. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004538>.
12. Meekers D, Pallin P, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013;13:28. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-28>.
13. Moura LBA, Lefevre F, Moura V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):1025-35. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400024>.
14. 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 Suppl 2:S49-57. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>.
15. Rosa AG, Boing AF, Büchele F, Oliveira WF, Coelho EBS. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saude Soc*. 2008;17(3):152-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300015>.
16. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med*. 2005;67(5):791-7. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd>.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.
18. Schraiber LB, Latorre MRDO, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>.
19. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):237-45. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200006>.

20. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1044-53. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq – Processo 475240/2011-1).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: MFSM, ABL. Análise e interpretação dos dados: MFSM, ABL. Redação do manuscrito: MFSM. Revisão crítica do manuscrito: MFSM, ABL. Aprovação final: MFSM.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.