



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARCOS SILVA DOS SANTOS

**FATORES ASSOCIADOS À IMPULSIVIDADE E AO USO DE DROGAS ENTRE
HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO ESTADO DO
CEARÁ**

FORTALEZA

2017

MARCOS SILVA DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS À IMPULSIVIDADE E AO USO DE DROGAS ENTRE
HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO ESTADO DO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S238f Santos, Marcos Silva dos.
FATORES ASSOCIADOS À IMPULSIVIDADE E AO USO DE DROGAS ENTRE HOMENS
AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO ESTADO DO CEARÁ / Marcos
Silva dos Santos. – 2017.
118 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Raimunda Hermelinda Maia Macena .
Coorientação: Prof. Dr. Rosa Maria Salani Mota.

1. Violência Contra a Mulher. 2. Violência por Parceiro Íntimo. 3. Transtornos
Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Comportamento Impulsivo. I. Título.

CDD 610

MARCOS SILVA DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS À IMPULSIVIDADE E AO USO DE DROGAS ENTRE
HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO ESTADO DO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
da Pós-graduação em Saúde Coletiva, da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Raimunda Hermelinda Maia Macena (Orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre De Souza Vieira
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

A Deus.
À minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que em sua infinita bondade me permitiu realizar este trabalho acadêmico.

À minha orientadora, Dra. Hermelinda, pela atenção disponibilizada durante a trajetória do mestrado. Pela dedicação, incentivo e paciência em compreender a multiplicidade de aflições que tive durante todas as etapas. Pela condução das leituras e correções e pelo exemplo de profissionalismo e humanidade que me transmitiu.

Aos meus professores que continuam sendo referenciais: Regina Dodt, Régia Barbosa e Karla Abreu, pelos estímulos que sempre me deram. A todo o corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus amigos do mestrado, em especial Livia Marques que desde as etapas de seleção sempre acreditou na materialização deste sonho e disponibilizou seu tempo na busca pelos materiais para estudo e nas conversas de orientações. Ao Edir, Nayanne, Jarli, Camila, Saulo, Martha, Babi, Thayane, Tiago, Priscila e Andrea.

Ao professor Gomes, pela oportunidade dada aceitando ser meu primeiro orientador. Aos funcionários do Departamento de Saúde Comunitária, coordenadores e secretárias.

À minha família, em especial à minha mãe, D. Enite, pela disponibilidade em cuidar da minha filha com um amor imensurável, proporcionando a mim tranquilidade e segurança. Ao meu pai, Sr. Raimundo Nonato, meu maior incentivador e professor. Aos meus irmãos, sogro, sogra, cunhados e cunhadas.

À minha esposa, Grace, pelo companheirismo de sempre e por ter permanecido ao meu lado compartilhando de todas as emoções.

À minha querida filha, Bianca, que veio em forma de presente divino durante o mestrado e que hoje é a força motriz para toda e qualquer realização.

*“O que afeta diretamente uma pessoa,
afeta a todos indiretamente.”*

Martín Luther King

RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI) perpetrada por homens surge em um cenário sociocultural patriarcal, em que ambos se agridem mutuamente, embora os homens causem lesões letais com maior frequência. Há escassez de estudos dos fatores relativos ao agressor. Buscou-se analisar os fatores associados à impulsividade e ao uso de drogas entre homens autores de VPI no estado do Ceará. Este estudo seccional e exploratório, aprovado sob a CAAE 57787316.1.0000.5038, foi realizado com 152 homens acusados da prática de VPI, que estavam em privação de liberdade em Casa de Privação Provisória de Liberdade, respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce no período de 01 de agosto a 30 de novembro de 2016. Dados coletados através de questionário composto por quatro blocos: dados sócio-demográficos, impulsividade, uso abusivo de álcool e outras drogas e o histórico de violência. Análise pelo programa IBM SPSS STATISTICS® 23.1, usando a correção de população finita. Foi calculado razão de prevalência, com intervalo de confiança de 95%. No modelo de regressão logística com múltiplas variáveis foram incluídas variáveis com $p \leq 20\%$. Elevada prevalência de indivíduos altamente impulsivos (40,9%). Os indivíduos são pardos (67,1%), faixa etária de 31-45 anos (45,4%), vivem em união estável (88,2%), possuem baixa escolaridade (52,0%) e baixo nível socioeconômico (96,7%), sofreram violência na vida (82,2%) em especial a violência física (91,2%), presenciaram cenas de violências nos domicílios ainda na infância e adolescência (53,9%) e possuem antecedentes criminais por prática de crimes não compreendidos como violência doméstica (68,7%). Há elevada prevalência do uso de álcool (82,9%) e do uso de outras drogas nos últimos três meses (52,6% para o tabaco e 38,2% para drogas ilícitas) e elevado consumo semanal/diário de cocaína/crack (60,3%). Os fatores associados à impulsividade são o baixo grau de instrução (OR= 3,02, IC 95%= 1,19 – 7,69), autoafirmação de ciúmes (OR= 2,42, IC 95%= 1,10 – 5,36), uso de drogas ilícitas nos três meses anteriores à pesquisa (OR= 2,83, IC 95%= 1,33 – 6,01) e não ser a primeira vez que agrediu uma mulher (OR= 2,72, IC 95%= 1,18 – 6,22); os fatores associados ao consumo de risco de álcool são a zona de nascimento (OR= 6,52, IC 95%= 2,49 – 17,04), uso de risco de tabaco (OR=7,94, IC 95%= 3,21 – 19,61), autoafirmação de ciúmes (OR=2,66, IC

95%= 1,19 – 5,94) e já ter sido casado ou amasiado (OR=2,64, IC 95%= 1,16 – 6,02). Os fatores associados ao consumo de risco de drogas nos últimos 3 meses são raça percebida (OR= 4,45, IC 95%= 1,71 – 11,56), zona de nascimento (OR= 2,62, IC 95%= 1,14 – 6,02), ter 1 ou 2 filhos (OR= 2,28, IC 95%= 1,02 – 5,10), possuir ou já ter possuído arma de fogo (OR= 2,88, 1,08 – 7,65) e não ser a primeira vez que agride uma mulher (OR= 4,03, IC 95%= 1,65 – 9,85). Diante dos achados, concluímos que o déficit de informações sobre o homem autor de VPI limita a efetividade das ações que buscam a prevenção deste fenômeno.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Violência por Parceiro Íntimo.

Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Comportamento Impulsivo.

ABSTRACT

Violence by intimate partner (IPV) perpetrated by men appears on a patriarchal sociocultural scenario in which both men and women attack one another, however, men have caused lethal lesions more often. There is lack of study of factors related to the aggressor. It was searched and analyzed associated factors to impulsiveness and to drug use amongst men who were IPV authors in Ceará State. This sectional and exploratory study is approved under the number CAAE 57787316.1.0000.5038 it was carried out with 152 men accused of IPV who were arrested in the House of Provisional Deprivation of Liberty (Casa de Privação Provisória de Liberdade) facing a judicial process in Family and Domestic Violence Tribunal in Fortaleza City, Ceará State, from August 1st to November 30th in 2016. Data was collected through quiz compounded by four blocs: sociodemographic data, impulsiveness, alcohol and other drugs violence background. It was analyzed by IBM SPSS STATISTICS® 23.1, using finite population. It was calculated prevalence with CI 95%. In the logistic regression model with multiple variables it was included variables with $p \leq 20\%$. High prevalence of individuals highly impulsive (40.9%). Brown men (67.1%), age range 31-45 years (45.4%), stable union (88.2%), low educational level (52.0%) and low socioeconomic level (96.7%), men who suffered violence (82.2%) specifically physical violence (91.2%), witnessed domestic violence while children or adolescents (53.9%) men who committed other crimes besides domestic violence (68.7%). High alcohol prevalence use (82.9%), other drug use in the last three months (52.6% cigaretts and 38.2% illegal drugs) and high use of crack cocaine weekly or daily (60.3%). Factors associated to impulsiveness are low educational level (OR= 3.02, CI 95%= 1.19 – 7.69), jealousy self affirmation (OR= 2.42, CI 95%= 1.10 – 5.36), other ilegal drug use in the last three months before research (OR= 2.83, CI 95%= 1.33 – 6.01) and not the first time to attack the wife (OR= 2.72, CI 95%= 1.18 – 6.22); Factors associated to alcohol risky birth zone (OR= 6.52, CI 95%= 2.49 – 17.04), tobacco risky use (OR=7.94, CI 95%= 3.21 – 19.61), jealousy self affirmation (OR=2.66, CI 95%= 1.19 – 5.94) previous married or stable union (OR=2.64, CI 95%= 1.16 – 6.02). Factors associated to drug risky use in the last three years are declared race (OR= 4.45, CI 95%= 1.71 – 11.56), birth zone (OR= 2.62, CI 95%= 1.14 – 6.02), having one or two children (OR= 2.28, CI 95%= 1.02 – 5.10), use or previous use of gunfire

(OR= 2.88, CI 95%=1.08 – 7.65) and not the first time to attack woman (OR= 4.03, CI 95%= 1.65 – 9.85). Before the outcomes, it was concluded that deficit of information about men who practice IPV limits the effectiveness of actions that aim at that phenomenon prevention.

Keywords: Violence Against Women. Intimate Partner Violence. Substance-Related Disorders. Impulsive Behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo ecológico para compreender a violência.	17
Figura 2 – Tipologias das violências.	20
Figura 3 – Tabela de pontuação para consumo de drogas – ASSIST.	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise multivariada dos fatores associados ao risco de ser altamente impulsivo. Fortaleza/Ce, 2017.	60
Quadro 2 – Análise multivariada dos fatores associados ao risco de álcool. Fortaleza/Ce, 2017.	68
Quadro 3 – Análise multivariada dos fatores associados ao risco de uso de drogas ilícitas nos três meses anteriores à prisão. Fortaleza/Ce, 2017.	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, laboral e de rendimentos da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.....	40
Tabela 2 – Caracterização do histórico de crimes, violência e conflitos com a Lei da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.....	43
Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto aos relacionamentos afetivos, aspectos emocionais e atitudes de agressividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	46
Tabela 4 – Caracterização do uso de álcool e tabaco da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.....	49
Tabela 5 – Características sociodemográficas, laborais e de rendimentos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	51
Tabela 6 – Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	54
Tabela 7 – Histórico de violência da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	55
Tabela 8 – Características do padrão de uso de álcool e drogas da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	56
Tabela 9 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.....	58
Tabela 10– Características sociodemográficas da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.....	61
Tabela 11– Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas.....	63
Tabela 12 – Histórico de violência da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.....	64
Tabela 13 – Características do padrão de uso de álcool e drogas da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.....	65
Tabela 14 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.....	66
Tabela 15– Características sociodemográficas da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.....	69
Tabela 16– Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.....	71
Tabela 17 – Histórico de violência da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.....	72
Tabela 18 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BIS 11	Barratt Impulsiveness Scale
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIOPS	Coordenadoria Integrada de Ações de Segurança
CPPL	Casa de Privação Provisória de Liberdade
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
EUA	Estados Unidos da América
IC	Intervalo de Confiança
LMP	Lei Maria da Penha
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OR	Odds Ratio
OBSERVEM	Observatório da Violência Contra a Mulher
PMCE	Polícia Militar do Estado do Ceará
SEJUS	Secretaria de Justiça
SM	Salário Mínimo
SSPDS	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Violência	17
1.1.1. <i>Tipologia da violência</i>	18
1.1.2. <i>Violência doméstica</i>	21
2. IMPULSIVIDADE E VIOLÊNCIA	24
3. VIOLENCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: agressores ou agredidos?	26
3.1. Violência por parceiro Íntimo e o uso de álcool	28
3.2. Violência por parceiro Íntimo e o uso de drogas ilícitas	29
3.3. Violência por parceiro Íntimo, impulsividade e uso de álcool e outras drogas.	30
4. OBJETIVOS	33
4.1. Objetivo geral	33
4.2. Objetivos específicos	33
5. METODOLOGIA	34
5.1. Tipo do estudo	34
5.2. Local do estudo	34
5.3. População e amostra	34
5.4. Coleta de dados	35
5.4.1. Variáveis do estudo	36
5.5. Análise estatística	37
5.6. Aspectos éticos	38
6. RESULTADOS	40
6.1. Características dos homens agressores	40
6.2. Fatores associados a impulsividade entre homens agressores	51

6.3. Fatores associados ao consumo de risco para álcool entre homens agressores	61
6.4. Fatores associados ao consumo de risco para drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão entre homens agressores	68
7. DISCUSSÃO	76
7.1. Fatores associados a impulsividade entre homens agressores	76
7.2. Fatores associados ao uso do álcool entre homens agressores	79
7.3. Fatores associados ao risco de uso de drogas ilícitas entre homens agressores nos três meses anteriores à prisão. Fortaleza/Ce, 2017.	82
8. CONCLUSÃO	86
ANEXOS	97
ANEXO A – ASSIT	98
ANEXO B – Barratt Impulsiveness Scale - BIS 11	100
ANEXO C – Parecer do CEP	101
APÊNDICES APÊNDICE A – Declaração de instituição e infraestrutura para coleta de dados de pesquisas envolvendo seres humanos	104
APÊNDICE A – Declaração de instituição e infraestrutura para coleta de dados de pesquisas envolvendo seres humanos	105
APÊNDICE B – Termo de confidencialidade	106
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	107
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados	108

1. INTRODUÇÃO

A violência é um problema antigo na humanidade, mas que se mantém atual e apresenta sua complexidade, multicausalidade, amplitude nas camadas sociais e seus danos e impactos na sociedade, na esfera física, emocional e socioeconômica (MINAYO, 2006). A violência, em suas diversas tipologias, é praticada nos mais variados espaços, podendo se expressar desde as ações do Estado, em práticas de guerra ou em abusos no interior das instituições, até às ações mais íntimas, de caráter afetivo, sexual ou familiar (SCHRAIBER, 2014).

Embora histórico, o fenômeno da violência é um problema grave, que outrora se apresentou como emergente e, atualmente, preocupa autoridades por estar entre as três maiores causas de mortalidade e incapacidade precoce no país (ARORA et al., 2013). Apesar de não ser um tema próprio das ciências da saúde, a violência se insere diretamente neste setor, por suas severas consequências sobre a saúde física e mental das vítimas (BRASIL, 2001).

Estima-se que a cada ano mais de um milhão de pessoas são mortas por causas violentas no mundo (DEERING et al., 2011). A transição epidemiológica, ocorrida nas últimas décadas, alternou a posição em que se encontravam as doenças e agravos à saúde, colocando os acidentes e violências em situação de destaque e as doenças infecciosas e parasitárias em menor proporção (DUARTE; BARRETO, 2012).

No entanto, a inclusão da pauta da violência na agenda do setor saúde ainda ocorre de forma lenta. Em 1994, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizou a Conferência sobre Violência e Saúde, onde considerou que o grande número de vítimas e a magnitude das sequelas nelas produzidas tornava a violência um problema de Saúde Pública, haja vista a pressão que suas vítimas exercem sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (MENDES, 2011).

Até 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluía as questões de violência no escopo das causas externas e abordava de forma a classificar seus efeitos, com análises e recomendações esporádicas sobre o tema. Somente após o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde de 2002, a OMS conceituou a violência

como a utilização da força física ou do poder, seja ele real ou em ameaça, contra si próprio ou outra(s) pessoa(s), que resulte ou tenha a capacidade de resultar em danos físicos, psicológicos, deficiência de desenvolvimento, privação ou morte (DEERING *et al.*, 2011).

1.1. Violência

Na prática, a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações, que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam a sua integridade física, moral, mental ou espiritual (MINAYO; DESLANDES, 1998). Pode também ser compreendida como a violação dos direitos individuais, pelo fato de ser um meio aplicado para coagir ou submeter outra pessoa ao domínio sem seu consentimento (TELES; MELO, 2002).

A OMS busca explicar a violência através do modelo ecológico apresentado no relatório mundial sobre violência e saúde, pois o mesmo enfatiza sentidos dinâmicos e multifatoriais na produção da violência e permite incluir fatores de risco e de proteção, a partir de vários domínios (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Figura 1 – Modelo ecológico para compreender a violência.



Fonte: OMS, 2002.

Os fatores de risco estão organizados no modelo ecológico, de acordo com quatro níveis de influência (KRUG, 2002):

- **Individual:** Inclui fatores biológicos e de histórico pessoal, capazes de aumentar as chances de um indivíduo se tornar perpetrador de violência;
- **Relacional:** Fatores que potencializam o risco resultante de relacionamentos com pares, parceiros íntimos e membros da família;
- **Comunitário:** Referente aos contextos comunitários, em que estão contidas as relações sociais como escolas, locais de trabalho e vizinhança; e busca identificar características desses ambientes que são associadas à pessoa que se tornou autor de violência por parceiro íntimo;
- **Social:** Referente aos fatores macrossociais, que influenciam a perpetração de Violência por Parceiro Íntimo (VPI), tais como: desigualdade de gênero, sistemas e crenças religiosas ou culturais, normas sociais e políticas econômicas ou sociais, que causam tensões entre grupo de pessoas.

A construção do modelo ecológico é sustentada por uma abordagem de saúde pública abrangente, que põe um marco na compreensão da interação complexa de fatores que influenciam a VPI e pode providenciar pontos fundamentais para a prevenção e intervenção, sendo capaz de promover o desenvolvimento de políticas e programas intersetoriais de prevenção da VPI (MENDES, 2011).

O modelo ecológico enfatiza sentidos dinâmicos e multifatoriais de uma interação de diversos fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais (FIGURA 1). A partir desse conceito, é possível conectar fatores relacionados à violência evidenciando um importante meio de prevenção de violência no campo da saúde pública (OMS, 2012).

1.1.1. Tipologia da violência

Apesar de ser tratado com uma expressão singular, violência, este tema possui tipologias que podem variar conforme quem a pratica, sendo dividida em três grandes categorias: a violência dirigida contra si mesmo ou auto-inflingida, a violência coletiva e a violência interpessoal (FIGURA 2). A violência auto-inflingida é compreendida, em sua expressão máxima, como o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio, além das automutilações e agressões contra si. As violências coletivas possuem características macrossociais, como as práticas de terrorismo, os

etnocídios e ataques econômicos. Já, as violências interpessoais se subdividem em intrafamiliar e comunitária (WHO, 2004).

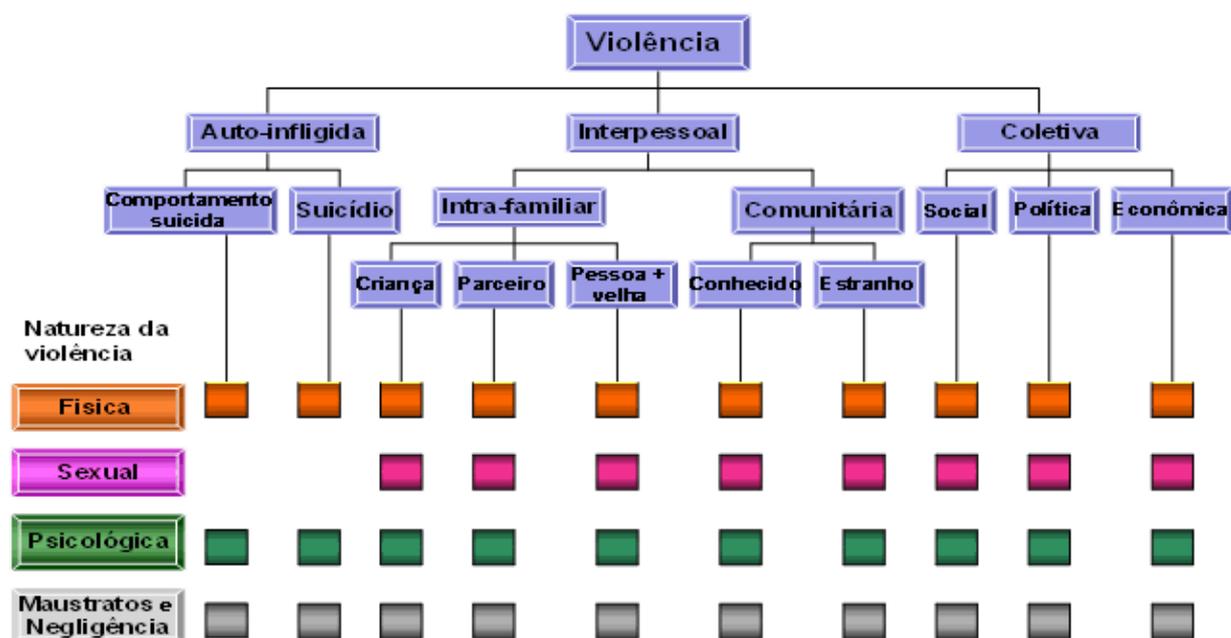
A violência intrafamiliar ocorre entre membros da mesma família e parceiros íntimos, enquanto a violência comunitária ocorre entre pessoas conhecidas ou desconhecidas que estejam em ambiente social comum (KRUG, 2002).

Há ainda uma variação na natureza da violência para a VPI, conforme a Lei Maria da Penha, pode ser descrita da seguinte forma (BRASIL, 2006):

- **Violência física:** Qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde do corpo;
- **Violência psicológica:** Qualquer conduta capaz de causar dano emocional, diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o seu pleno desenvolvimento, ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- **Violência sexual:** Qualquer ato que venha a constranger, à presenciar, a manter ou à participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza à comercializar ou à utilizar, de qualquer modo, a sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- **Violência patrimonial:** Qualquer conduta que redunde em retenção, subtração, destruição parcial ou total dos seus objetos, instrumento de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer as suas necessidades;
- **Violência moral:** Condutas que configure calúnia, difamação ou injúria.

Assim, foram definidas três amplas categorias de violências que variam conforme as características dos que cometem o ato, sendo denominadas como auto-inflingida, interpessoal e coletiva. (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Figura 2 – Tipologias das violências.



Fonte: World Health Organization. Preventing Violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence. 2004.

Fonte: WHO, 2004.

Dentre as violências que compõem o escopo da violência interpessoal, a intrafamiliar vem ganhando espaço com os elevados casos de VPI, sendo as mulheres as vítimas mais diretamente afetadas por essa violência, e seus parceiros, quem mais a perpetra (MENDES, 2011). Em um estudo realizado em 11 países, incluindo o Brasil, a OMS evidenciou que, dependendo do país, entre 15,0% e 71,0% das mulheres sofreram algum tipo de violência por seu parceiro íntimo, sendo os extremos das taxas conferidos ao Japão e à Etiópia, respectivamente (GARCIA-MORENO et al., 2006). No Brasil, o relato de violência física ao longo da vida entre mulheres varia entre 37,0% e 40,0%, e cerca de cinco mulheres são violentadas a cada dois minutos (SCHRAIBER *et al.*, 2007; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Ressalta-se que violência intrafamiliar por parceiro íntimo ocorre no contexto das relações amorosas ou conjugais, estando profundamente arraigada na vida social, e pode ocorrer através de agressões de natureza física, sexual, psicológica e negligência, sendo comumente conhecida como violência doméstica (BRASIL, 2006; DEERING *et al.*, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

1.1.2. Violência doméstica

Dentre tantas formas de violências, a violência intrafamiliar, também conhecida como violência doméstica, ocorre no ambiente doméstico das relações com pessoas da família ou que estejam inseridos no contexto de família ou agregados (FERRAZ *et al.*, 2009).

Essa tipologia de violência refere-se aos conflitos familiares transformados em intolerância, abuso e opressão. É um fenômeno universal, que tem séculos de história e forma uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos (MINAYO, 2009).

Neste contexto de violência doméstica, o evento mais comum é a violência contra a mulher, a qual ocorre com características afetivo-sexuais e tem como principal agressor o parceiro íntimo (SCHRAIBER, 2014). Por essas características próprias, esse tipo de violência é comumente conhecido como violência por parceiro íntimo (VPI).

Derivada de uma organização social de gênero que privilegia o masculino, a violência doméstica contra a mulher acontece, geralmente, numa relação afetiva e tem como característica a rotinização (CHIN *et al.*, 2013). Esta naturalização da violência doméstica contra a mulher está imbricada no contexto de dominação hegemônica dos processos de socialização, em que os homens são, precocemente, treinados a desenvolver respostas proativas às expectativas sociais, na sujeição de riscos e agressividades. As formas de dominação são expostas aos homens até mesmo nas brincadeiras infantis, nas ruas, nas escolas, nas famílias, finalmente, no cotidiano das convivências (AHO *et al.*, 2012).

A hegemonia masculina, construída desde os primórdios, atribuiu aos homens os deveres da caça, o qual exigia silêncio e concentração, e às mulheres o confinamento, fortalecido pela necessidade de amamentar seus filhos (CHIN *et al.*, 2013). Contudo, essa distribuição de papéis na família patriarcal condicionou a mulher a um ambiente de opressão de irmãos, pais e posteriormente de seus parceiros.

Desse modo, os homens se inserem nesse contexto como perpetuadores das relações hierárquicas de poder existentes na sociedade patriarcal. De outro lado, persiste culturalmente a sujeição feminina ao domínio e controle masculino, na qual,

posteriormente, tornam-se vítimas dessa construção sociocultural opressora (OSTERNE, 2012).

Os dados epidemiológicos ainda não são fidedignos. Estudos populacionais de vários países identificam que entre 10,0% e 69,0% da população mundial feminina, em algum momento de suas vidas, foram agredidas por seus companheiros (KRUG, 2002).

Estima-se que no ano 2000, 260.206 mulheres sofreram violência física perpetrada por seus parceiros na cidade mais populosa do Brasil, São Paulo. Na região Nordeste, há uma taxa de homicídio feminino de 5,6 por 100 mil mulheres. Ademais, mais de 30,0% das mulheres da Zona da Mata Pernambucana sofreram violência física por seus parceiros mais de uma vez em suas vidas. (SCHRAIBER *et al.*, 2007; WAISELFISZ, 2015).

No Ceará, até a 16ª semana epidemiológica de 2016, haviam sido notificados nos serviços de saúde 4.152 casos de violência doméstica (CEARÁ, 2016). O Estado também conta com um espaço criado pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), o Observatório da Violência Contra a Mulher (OBSERVEM). Trata-se de um instrumento de monitoramento da violência contra a mulher cearense, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará (SSPDS). Segundo o referido órgão, em 2014, foram registrados 10.565 atendimentos de violência contra a mulher nos serviços de segurança pública. Este número seria ainda maior, caso a Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança (CIOPS) notificasse os casos atendidos de violência doméstica com a sua devida caracterização e não apenas de forma genérica, como agressão, lesão corporal e no caso de óbito como homicídio (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015).

Considerando a expressão máxima da violência, a morte, a maior taxa de homicídios femininos em 77 países encontra-se nas Américas, sendo El Salvador o líder (8,9 por 100 mil) e a menor taxa encontra-se no Egito (0,1 por 100 mil) (WAISELFISZ, 2015). Nos Estados Unidos da América esta taxa é de 2,2 por 100 mil e o Brasil ocupa a 5ª posição mundial, com 4,8 por 100 mil, havendo discrepantes variações entre as unidades administrativas. No Norte do país essa taxa é de 6,1 e Roraima lidera o ranking dos estados brasileiros, com uma taxa de 15,3 por 100 mil. Já na região Nordeste a taxa é de 5,6 por 100 mil e o Ceará é o 3º estado da região,

e 8º do país, com uma taxa de 6,2 por 100 mil (CARVALHO, 2013; DA VIOLÊNCIA, 2014; WAISELFISZ, 2015).

Diante deste cenário, em 1994 a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, considerou essa forma de violência como uma ofensa à dignidade humana na violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a qual limita total ou parcialmente a mulher para o exercício de sua liberdade (OEA, 1994). Desse modo, a inserção da violência contra a mulher na pauta do setor saúde emergiu dos movimentos feministas, na tentativa de criar consciência de gênero nos diversos ambientes e instituições (MINAYO, 2006).

No Brasil, somente em 2004, a violência perpetrada contra a mulher ganhou destaque nas ações de saúde, através do Ministério da Saúde (MS) via Portaria 2.406, que atendendo ao disposto na Lei nº. 10.778/2003, instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atendidos em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004). Tal fato viabilizou o registro da identificação das vítimas, a caracterização da violência sofrida e a obtenção de quatro informações do possível agressor, a saber: sexo, suspeita do uso de álcool, relação com a vítima e número de envolvidos no ato violento.

Entretanto, o fenômeno da violência tende a ser, prioritariamente, campo de estudo das ciências sociais, porque trata de eventos que se expressam na vida e nas relações sociais dos indivíduos ou grupos. Seus efeitos e as medidas de intervenção, levam-na a receber um tratamento mais difuso, em que há participação do setor saúde e da justiça (MINAYO, 1994). A violência contra a mulher, em especial a VPI, tem se tornado, ano após ano, causa da preocupação de diversos setores da sociedade, exigindo preparo específico e ação interdisciplinar, a fim de reduzir a morbimortalidade por ela causada (DAHLBERG; KRUG, 2006; DEERING *et al.*, 2011).

No Brasil, entretanto, ainda há uma discrepância no compasso da assistência holística à mulher vítima de violência, posto que o acompanhamento jurídico destes casos pautava-se na Lei 9.099/95, a qual regula os crimes de menor potencial ofensivo. Somente no ano de 2006, instaura-se no Brasil a Lei 11.340/2006,

popularmente conhecida como Lei Maria da Penha¹ (LMP), reconhecida como instrumento jurídico específico no combate à violência contra a mulher, em que há garantias e medidas protetivas para as mulheres em situação de violência e estabelece a prisão inafiançável dos agressores (BRASIL, 2006).

A criação da LMP forçou a segurança pública a desenvolver uma nova forma de condução dos casos de violência doméstica, cabendo-lhes não só a preservação da ordem pública, mas a proteção da mulher em situação de violência (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006).

A implantação desta lei criou expectativa em busca da redução das taxas de assassinatos das brasileiras (BRASIL, 2006). Contudo, esse efeito redutor não se estabeleceu. No ano de 2007 houve um decréscimo de 4,2 para 3,9 por 100 mil, na taxa de homicídios femininos, porém, os anos seguintes revelaram incremento contínuo, chegando a 4,8 por 100 mil em 2013 (WAISELFISZ, 2015). No estado do Ceará, entre 2003 e 2013, houve um acréscimo de 140% nas taxas de homicídio feminino, saindo de 2,6 para 6,2 por 100 mil, respectivamente (WAISELFISZ, 2015).

Assim, pela sua magnitude e pelos danos causados a indivíduos e à sociedade, a VPI tem sido estudada por diversos pesquisadores que, em sua maioria, buscam conhecer o perfil da vítima e sua relação com a violência sofrida (FRANK; COELHO; BOING, 2010). Desse modo, as compreensões do agressor sobre a VPI ainda são negligenciadas, apesar das controvérsias dos relatos dos parceiros em inquéritos policiais identificando que, por vezes, a violência por parceiro íntimo não é uma via de mão única que categoriza cada envolvido exclusivamente como vítima e agressor, sendo ambos mutuamente agredidos (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014).

2. IMPULSIVIDADE E VIOLÊNCIA

A impulsividade pode ser definida como um aspecto da personalidade, que se expressa na incapacidade de regular o comportamento em muitas esferas da vida social. Em situações extremas, ela pode estar associada a problemas de saúde mental, ao uso de substâncias, problemas nas relações e as manifestações de atos violentos (SHARMA; MARKON; CLARK, 2014). Nos últimos anos, o comportamento

¹ Penha, em homenagem a farmacêutica sobrevivente aos diversos ataques de violência perpetrados por seu marido

impulsivo tem sido alvo de estudos, haja vista que o seu potencial risco em provocar atos agressivos e violentos pode se tornar letal, sobretudo, quando combinados com o acesso às armas de fogo e à direção automotiva (SHARMA *et al.*, 2014; SWANSON *et al.*, 2015; YU; GEDDES; FAZEL, 2012).

A impulsividade é frequentemente estudada em associação com a agressividade e violência em grupos específicos, sendo a população de jovens estudantes e de baixo nível socioeconômico, um dos grupos com maior incidência e vulnerabilidade social para o fenômeno da violência (BARBOSA; VIDAL; TAMBELLINI, 2006; MCMAHON *et al.*, 2013; MENTING *et al.*, 2016; WHITE *et al.*, 2013).

Embora estudos comprovem que a impulsividade está positivamente associada à violência, há ainda características estruturais relacionadas ao contexto sociocultural que podem moderar a influência da impulsividade nos atos de violência. Neste sentido, as condições econômicas, bem como, a precariedade dos processos de socialização, podem favorecer o surgimento de comportamentos impulsivos e, conseqüentemente, os atos de violência (BARBOSA *et al.*, 2006).

Apesar de ter sido observada com maior prevalência no sexo masculino, no Brasil, em pesquisa com jovens universitários, os níveis de impulsividade não apresentaram diferenças entre os sexos (ADAN; ANA; *et al.*, 2010; BARRIENTOS *et al.*, 2007). Estudos realizados com estudantes universitários observam diferentes resultados nos níveis de impulsividade entre homens e mulheres. Frequentes acessos de raiva podem levar à violência ou às explosões comportamentais e tais crises podem ser agravadas quando essas atitudes impulsivas são criticadas ou impedidas pelos outros. No entanto, razões biológicas relacionadas a neurotransmissores implicam em níveis de impulsividade maiores entre homens (ADAN; A.; *et al.*, 2010; ADAN, 2012; VERDEJO-GARCÍA; LAWRENCE; CLARK, 2008).

Cabe destacar a íntima relação entre a impulsividade e o consumo de álcool e outras substâncias, considerando a ausência de clareza na influência que uma exerce sobre o outro. De tal forma que, não se sabe se a característica impulsiva precede o uso de substância ou se é uma consequência dele (ALMEIDA *et al.*, 2014). Entre indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas, os níveis de impulsividade e agressividade apresentam-se diferentes daqueles que não fazem uso de drogas

ilícitas. Desse modo, ainda que desconhecida a influência existente, sabe-se que os níveis de impulsividade e agressividade são mais elevados em indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas (ALMEIDA *et al.*, 2014)

No que se refere à violência por parceiro íntimo, a impulsividade está relacionada com todas as formas de violência, desde a psicológica até a sua expressão máxima, a morte. Vale ressaltar que, no contexto da violência por parceiro íntimo, independente do gênero do agressor, a perpetração da violência oscila em uma relação de alienação e opressão, na qual os agressores que vivem essa condição reconhecem as dificuldades que trazem consigo, em quebrar o paradigma de supremacia do masculino, e não dão conta de resolvê-las, a não ser por meio da violência (LEONE *et al.*, 2016; NOVAK *et al.*, 2013).

3. VIOLENCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: agressores ou agredidos?

Embora o alcance da violência de parceiros íntimos não esteja totalmente documentado, cerca de 40,0% das mulheres nos Estados Unidos são vítimas de violência sexual alguma vez na vida e 20,0% são vítimas de violência física com parceiros íntimos. Outras formas de violência com parceiros íntimos são, provavelmente, subestimadas (CHISHOLM; BULLOCK; FERGUSON, 2017). Estudos populacionais de vários países apontam uma prevalência entre 10,0% e 69,0% da população mundial feminina sofreu violência por seus parceiros em algum momento de suas vidas (KRUG, 2002).

A violência por parceiro íntimo perpetrada por homens surge em um cenário sociocultural patriarcal, em que ambos se agridem mutuamente, embora os homens causem lesões letais com maior frequência que suas parceiras (ZALESKI *et al.*, 2010). Diante disto, há necessidade de trazer a temática de homens e masculinidades para a pauta dos estudos da saúde e gênero (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Diante da assistência e visibilidade que se tem à vítima, resta ao agressor apenas o estigma social e a privação de liberdade. Somente a vítima - e não o agressor - chega aos serviços de saúde. Sendo por isto, as responsáveis pelas grandes estatísticas e aquelas que recebem atenção especial nas investigações científicas e nas políticas e programas direcionados ao combate à violência

doméstica (SCHRAIBER, 2014). Desse modo, o conhecimento sobre os homens autores de violência pode fornecer subsídios para as políticas de enfrentamento à violência praticada por parceiro íntimo (DA SILVA; COELHO; NJAINE, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

Há escassez de estudos que buscam a compressão dos fatores relativos ao agressor que geram a VPI. Frank *et al.* (2010) realizaram revisão sistemática em quatro importantes bases de dados para investigar o problema e observaram que, em um universo de 10.952 artigos, apenas 416 tratavam de questões relacionadas ao agressor. Silva *et al.* (2014) realizaram revisão sistemática de 3.452 artigos, entre 2000 e 2010, e observaram que apenas 33 destes abordavam o homem autor de violência por parceiro íntimo.

Estudos de natureza qualitativa refletem sobre a condição do homem como sujeito formado em uma cultura machista, que passa a vivenciar a prática da violência desde sua infância e que recebe estímulos sociais que entram em choque quando inseridos em suas relações conjugais, como o consumo de álcool (MÉLLO; LIMA, 2013).

Essas variáveis socioculturais referem-se às construções que os indivíduos reproduzem em decorrência do contexto social em que estão inseridos. Neste sentido, Schraiber *et al.* (2005) dialogam com a ideia e reforçam que a violência é parte da socialização dos meninos, através de introjeção da violência em seus processos de afirmação identitária de homens.

Os estudos, em sua maioria de enfoque qualitativo, elucidam as representações que autores de violência doméstica contra a mulher dão a esse fenômeno. Essa estratégia mostra-se eficaz na descoberta e compreensão das experiências, estrutura social e história dos homens autores de violência doméstica (FRANK *et al.*, 2010). Os achados mais comuns, destacados como relevantes, tratam de questões como ciúmes, machismo, alcoolismo/drogas, pressões financeiras e as pressões laborais, identificadas como causas diretas para eclosão de situações de violência (DA SILVA *et al.*, 2014; NOVAK *et al.*, 2013).

Schraiber (2014), refere que o controle da violência requer a reconstrução da vida em sociedade, moral e legalmente; a reorientação das relações interpessoais tanto quanto as do próprio Estado com a sociedade. Assim, a real transformação das relações conjugais violentas só ocorrerá mediante envolvimento de homens e

mulheres em políticas e programas de enfrentamento contra a violência doméstica (CHIN *et al.*, 2013).

Assim sendo, apesar de poucas e com predominância do enfoque qualitativo, as pesquisas que se ocupam em investigar os agressores, identificam-no como sujeito que necessita de intervenção para suas compreensões de gênero e masculinidades, fenômenos patológicos e responsabilidades sociais (LIMA; BÜCHELE, 2011; SILVA *et al.*, 2014).

Rosa *et al.* (2008) sugeriram que o homem autor de VPI não se configura unicamente como caso de polícia, mas que tanto quanto a mulher deve receber acolhimento institucional, através do comparecimento obrigatório a programas de recuperação e reeducação previstos na Lei 11.340/2006 (BRASIL, 2006).

3.1. Violência por parceiro Íntimo e o uso de álcool

Atualmente, o álcool se tornou uma das drogas mais consumidas no mundo. Diante disso, a OMS classifica o consumo de álcool entre os 10 comportamentos de maior risco à saúde (WHO, 2004). Tem sido observada a íntima relação entre violência e o consumo de álcool, comuns ao público masculino (ILOMÄKI *et al.*, 2010).

Em um estudo de abrangência nacional, Zaleski *et al.* (2010) afirmaram que 38,1% dos homens que agrediram as suas esposas estavam sob o efeito do álcool, o que demonstra sua magnitude quando contrastado com a prevalência de 9,0% para brasileiros adultos que fazem uso regular do álcool (SENAD, 2007).

O álcool não é o responsável básico pelas agressões, mas atua como potencializador da VPI, sendo a relação álcool e VPI estreita. Minayo e Deslandes (1998), atentaram para o uso de álcool e outras drogas, usados tanto antes como depois das ações de violência, sendo o alcoolismo um significativo fator de risco para agressões masculinas contra suas parceiras. Para Leite *et al.* (2015), a ingestão do álcool, como fator precipitante da violência doméstica, pode ser explicada pelo efeito desinibidor da conduta dos agressores, como um meio de minimizar a responsabilidade pelo comportamento violento, ou ainda a combinação do uso de álcool com a prática de violência pode agir como fator denunciante da personalidade impulsiva.

Quatro em cada dez homens e uma em cada dez mulheres relatam a ingestão de bebida alcoólica durante a VPI, de modo que, o consumo de álcool aumenta em nove vezes as chances de um homem perpetrar violência contra sua parceira e filhos (ZALESKI *et al.*, 2010).

Cerca de 70,0% das mulheres violentadas que procuram ajuda afirmam o consumo do álcool pelo companheiro (ADEODATO *et al.*, 2005). Os conflitos são gerados a partir de comportamentos, outrora socialmente aceitos como o consumo de álcool, que passam a ser violentamente questionados pelas companheiras quando vividos em situação conjugal, aliados pela cobrança das representações sociais de trabalho e finanças (NOVAK *et al.*, 2013).

Acrescente-se que a chance de uma mulher sofrer VPI é 59,0% maior para mulheres com parceiro usuário frequente de álcool e seis vezes maior quando o parceiro faz uso de outras drogas (ZIROLDO, 2015).

Um ponto crucial na implementação da LMP diz respeito à condução de programas de recuperação e reeducação de agressores, tendo em vista que os estudos ainda estão centrados, em sua maioria, na investigação sobre as vítimas, negligenciando-se o conhecimento acerca do agressor (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2014).

3.2. Violência por parceiro Íntimo e o uso de drogas ilícitas

O uso de drogas é capaz de gerar efeitos psicofarmacológicos ligados a mudanças de comportamento, os quais são potencializadores de violência e criam condições para discussões, ofensas, xingamentos, insultos e ameaças, podendo culminar em agressões físicas, sendo, portanto, um significativo fator de risco para a VPI (ZIROLDO, 2015). Estudo conduzido no Brasil apontou que o uso de drogas ilícitas aumentou até 4,5 vezes a probabilidade de ser um perpetrador de violência (ALLY *et al.*, 2016).

O consumo de drogas é um importante fator de risco para a violência auto-inflingida, coletiva e interpessoal, com destaque para os maus tratos e violência intrafamiliar (ALLY *et al.*, 2016; CHOENNI; HAMMINK; VAN DE MHEEN, 2017; HOHL *et al.*, 2017; MADRUGA *et al.*, 2017; REDONDO RODRÍGUEZ; GRAÑA GÓMEZ, 2015). O uso de drogas pode contribuir para episódios de agressão, em

função dos efeitos de redução do controle do comportamento e aumento de sensações persecutórias (LEITE *et al.*, 2017). Estudos recentes identificaram maior prevalência da perpetração de violência física mediante consumo de drogas ilícitas, tanto para o consumo por homens como para mulheres (LEITE *et al.*, 2017; MOURA; VASCONCELOS, 2016).

Embora os dados sobre a associação entre o uso de drogas ilícitas e VPI sejam menos claros, na maioria dos estudos, a perpetração parece relacionada ao uso de cannabis e cocaína (CHOENNI *et al.*, 2017). Há relatos que o uso de substâncias ilícitas, nos níveis individual, familiar e de vizinhança, está associado ao aumento das probabilidades de homicídio de arma de fogo (HOHL *et al.*, 2017).

Estudo realizado no Brasil sobre a violência parental durante a infância e da violência aguda agressiva como adulto, encontrou associação entre o uso de substâncias psicoativas e depressão, revelando que a intensidade do consumo de álcool e cocaína e idade de iniciação no consumo de álcool, podem ajudar a explicar as altas taxas de violência doméstica no Brasil (MADRUGA *et al.*, 2017).

Apesar das evidências acerca do consumo de álcool e outras drogas e a sua relação com os riscos de VPI, o nível de dependência dos agressores ainda é pouco estudado. Os dados sinalizam que o uso de álcool e outras drogas psicoativas desempenha um papel importante na VPI e as iniciativas de prevenção devem levar em consideração o uso indevido de drogas (ALLY *et al.*, 2016).

Desse modo, para compreender a relação complexa existente entre o consumo de drogas e o comportamento violento, se faz necessário analisar características da personalidade e o contexto social dos agressores usuários de drogas (ZIROLODO, 2015).

3.3. Violência por parceiro Íntimo, impulsividade e uso de álcool e outras drogas.

A impulsividade pode ser compreendida como uma decisão tomada em que o indivíduo não avalia as implicações e as possíveis consequências do comportamento impulsivo, desprezando as eventuais consequências do ato impulsivo e, junto a esse tipo de comportamento, existe instabilidade afetiva

(CHOENNI *et al.*, 2017; HOHL *et al.*, 2017; POULOSE; SRINIVASAN, 2009; RICE, 2015; THOMPSON; SWARTOUT, 2017).

Metade da humanidade é atingida pela impulsividade e, em algum período da vida, caracteriza episódios de completo fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em agressões ou destruição de propriedades, que pode acarretar severas consequências do ponto de vista físico e emocional (BARRIENTOS *et al.*, 2007).

Recentemente, estudos foram produzidos em busca de compreender a associação entre impulsividade e violência. Características da personalidade e impulsividade podem estar associadas com a perpetração de VPI (NICCOLAI *et al.*, 2012). Além disso, a impulsividade pode aumentar em três vezes as chances de uma pessoa consumir drogas de forma abusiva (GRAYMAN *et al.*, 2005; WELLAUSEN, 2009).

O uso do álcool associado a outras drogas resulta em níveis muito elevados de impulsividade e agressividade, constituindo-se como um importante fator gerador de violência (ALLY *et al.*, 2016; CHOENNI *et al.*, 2017; GREY; AMARO; UNGER, 2017; HOHL *et al.*, 2017; KIENE *et al.*, 2017). As pessoas impulsivas tendem a reagir agressivamente diante das frustrações, as quais levam ao desencadeamento de um ato violento (POULOSE; SRINIVASAN, 2009; RICE, 2015; THOMPSON; SWARTOUT, 2017). O uso de drogas, tanto pode ocorrer primeiro e aumentar a impulsividade, como a impulsividade pode existir antes do uso da droga e atuar como um fator de risco (ANKER *et al.*, 2009).

Desse modo, pesquisas encontraram essa mútua relação e indicaram que a impulsividade pode aumentar as chances de uma pessoa consumir drogas de forma abusiva, e os níveis de impulsividade e agressividade são mais elevados em usuários de álcool e outras drogas (GRAYMAN *et al.*, 2005; WELLAUSEN, 2009).

No que se refere à VPI, estudos encontraram associação consistente entre impulsividade e a perpetração de VPI e sugeriram que indivíduos com essas características são mais propensos a ignorarem normas sociais e possuem tendência à autoria de VPI (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006; GILBERT *et al.*, 2017).

Foram correlacionadas alterações patológicas de personalidade com a VPI e observado que os homens que possuíam transtorno da personalidade utilizavam a violência tanto de forma reativa, ou seja, de forma impulsiva, em resposta a algum

tipo de provocação, como de forma proativa, sem a presença da raiva ou de provocação (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006; ZALESKI *et al.*, 2010). Assim, há necessidade premente de políticas públicas e ações dos serviços de saúde que possam influenciar na redução do consumo de álcool e no tratamento dos autores de violência contra a mulher, conforme sugerido na Lei Maria da Penha (ZALESKI *et al.*, 2010).

Diante da escassez de conhecimentos acerca dos homens autores de VPI no estado do Ceará, o presente estudo pretendeu avaliar os fatores que podem influenciar na geração da VPI. Desta forma, os resultados deste trabalho acadêmico propõem-se à colaborar com informações geradoras de conhecimentos úteis para o manejo do problema da VPI e estimular a produção de conhecimentos acerca dos homens autores de VPI, a fim de auxiliar na formulação de intervenções eficazes no enfrentamento da VPI. Desta forma, será possível intervir no ciclo da violência, de modo a evitar sua reincidência, através de ações de reeducação e ressocialização dos homens autores de violência por parceiro íntimo.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Analisar os fatores associados à impulsividade e ao uso de drogas entre homens autores de Violência Por Parceiro Íntimo no estado do Ceará.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos homens autores de VPI;
- Descrever o histórico de violência sofrida e perpetrada dos homens autores de VPI;
- Estimar a prevalência da impulsividade dos homens autores de VPI;
- Identificar os fatores associados à impulsividade dos homens autores de VPI;
- Estimar a prevalência do uso de álcool e outras drogas;
- Identificar os fatores associados ao uso de álcool e outras drogas.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo do estudo

Estudo seccional e exploratório realizado com homens acusados da prática de violência por parceiro íntimo, privados de sua liberdade em Casa de Privação Provisória de Liberdade (CPPL), respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce.

5.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em uma unidade prisional do Estado do Ceará denominada de Irmã Imelda Lima Pontes e no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher² da cidade de Fortaleza/CE.

A Unidade Prisional Irmã Imelda Lima Pontes, localizada na Região Metropolitana de Fortaleza, em Itaitinga, foi inaugurada em julho de 2016 com capacidade para 200 internos. Destinada ao acolhimento de internos com baixa periculosidade, a Unidade Prisional Irmã Imelda alberga público LGBTT, idosos, cadeirantes e àqueles que respondem à Lei Maria da Penha.

5.3. População e amostra

A população de estudo refere-se aos homens acusados de violência contra suas parceiras, os quais se encontravam presos em Unidade Prisional e respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce.

O Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em Fortaleza, realizou em 2015, 3.672³ audiências de casos de violência doméstica e

² A Lei 9.099/95 repassou a autonomia da resolução dos conflitos de gênero, que outrora era das delegacias, para os Juizados Especiais Criminais. Antes disso, os processos eram negociados e arquivados na própria delegacia. Diante de tal mudança houve aumento no número de litígios encaminhados para a justiça.

³ Conforme informação verbal dada pela diretoria daquele órgão.

familiar contra a mulher. De acordo com o Censo Penitenciário 2013/2014 do Estado do Ceará, o número de homens presos pela Lei Maria da Penha foi de 237.

Optou-se por realizar um censo no período de 01 de agosto a 30 de novembro de 2016, resultando no total de 152 homens acusados de terem praticado violência contra suas parceiras e que estavam presos em Unidade Prisional ou foram atendidos em audiência no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce. Foram excluídos os homens com limitações de comunicação verbal (surdos, mudos).

5.4. Coleta de dados

A coleta foi realizada pelo pesquisador responsável e um acadêmico do 5º semestre do curso de Enfermagem que participou de um treinamento de 8 horas para calibração durante o processo de entrevista, bem como para discussão de questões pertinentes ao sigilo.

Os dados foram coletados através de questionário composto por quatro blocos: dados sócio-demográficos, impulsividade, uso abusivo de álcool e outras drogas, e o histórico de violência.

Previamente à coleta, foi realizado o pré-teste do instrumento com homens que estavam respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce, sob a acusação de terem praticado violência por parceiro íntimo contra suas parceiras no período que antecedeu o estudo. Estes questionários não foram incluídos na análise dos dados.

Os dados da pesquisa foram coletados na ante-sala que dá acesso ao pavilhão onde ficam reclusos os acusados, bem como no Juizado da Mulher da comarca de Fortaleza na ocasião em que os acusados eram conduzidos através de escolta para suas respectivas audiências. As entrevistas foram realizadas de forma reservada em sala cedida pelo equipamento judiciário com o uso de mesa e cadeias para o pesquisador e entrevistado.

5.4.1. Variáveis do estudo

As variáveis foram constituídas a partir dos blocos contidos no questionário. O bloco 1 aborda os dados sócio demográficos e foram coletadas as variáveis referentes à idade em anos, naturalidade, religião, ocupação, raça/cor, classificação econômica conforme o Critério Brasil (BRASIL, 2015), estado civil, informações sobre os relacionamentos passados, quantidade de filhos, pessoas com quem mora, autoafirmação de ciúmes.

O bloco 2 versa sobre identificação de impulsividade tendo sido utilizado um instrumento validado e adaptado para o português denominado Barratt Impulsiveness Scale - BIS 11, empregado para identificação de comportamentos impulsivos (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010). O instrumento contém 30 perguntas de resposta única com pontos que variam de 1 = raramente; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre que categoriza os participantes em três grupos definidos pelos escores obtidos por eles: indivíduos muito controlados, indivíduos com limites normais de impulsividade e por fim, indivíduos com comportamentos altamente impulsivos (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

O bloco 3 versa sobre uso abusivo de álcool e outras drogas foi estruturado tendo como guia o teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST*). O teste ASSIST está organizado em 8 perguntas relacionadas ao consumo de substâncias, com respostas que variam de : nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase todos os dias, cada uma com pontuação de escores estabelecida. Os participantes foram categorizados conforme seus escores obtidos da seguinte forma para o álcool são: 0-10 para baixo risco; 11-26 para risco moderado e > 27 para alto risco. A pontuação para todas as outras substâncias foi: 0-3 para baixo risco; 4-26 para risco moderado e > 27 para alto risco, sendo por tanto, o escore acima de 27 identificado como risco para todas as substâncias (SILVA *et al.*, 2016). Foi utilizada como definição de risco, a necessidade de algum tipo de intervenção, de acordo com a recomendação de acordo com a pontuação obtida para cada tipo de substância (FIGURA 3).

Figura 3 – Tabela de pontuação para consumo de drogas – ASSIST.

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Fonte: OMS.

O último bloco foi composto pelo histórico de violência, vivido ou praticado, e o histórico pessoal de experiências de atos de conflitos com a lei.

5.5. Análise estatística

A entrada dos dados foi realizada para o software Excel for Windows® 2010 e posteriormente esses dados foram exportados e analisados pelo programa IBM SPSS STATISTICS® 23.1. Para análise foi feita a correção de população finita.

Na análise preliminar, as variáveis foram examinadas verificando a consistência lógica. Inicialmente, a análise estatística foi realizada através de tabelas e gráficos para as variáveis categorizadas e quadros de medidas descritivas para as variáveis quantitativas.

O teste de Shapiro Wilk foi utilizado para avaliar a distribuição de normalidade das variáveis. A comparação entre grupos em relação à média foi realizada através do teste T de Student, quando as variáveis possuíam distribuição normal. As associações em tabelas de contingência foram realizadas através do teste de qui-quadrado de Pearson, cálculo da odds ratio. Foi adotado o intervalo de confiança de 95% na determinação da odds ratio como medida de associação de comportamento impulsivo, consumo de risco para álcool e consumo de risco para drogas ilícitas para cada uma das variáveis independentes.

As associações em tabelas de contingência foram realizadas através do teste de qui-quadrado de Pearson, cálculo da odds ratio e razão de prevalência. Foi adotado o intervalo de confiança de 95% na determinação da razão de prevalência como medida do risco relativo de violência física para cada uma das variáveis independentes.

Para avaliar as potenciais variáveis explicativas para a impulsividade, uso de álcool e drogas nos três meses que antecederam à prisão foi utilizado o modelo de regressão logística com múltiplas variáveis independentes. Foram incluídas na análise multivariada as variáveis que na análise bivariada apresentaram associação significativa ao nível descritivo $\leq 20\%$. Permaneceram no modelo de regressão logística final apenas as variáveis com nível descritivo de $p \leq 0,05$. Efeitos de colinearidade entre os fatores e covariáveis foram analisados. No caso da existência de colinearidade apenas uma das variáveis permanecia no modelo. A estatística de Wald foi usada para testar os efeitos significativos no modelo de regressão logística e o nível descritivo do teste foi de 5%.

5.6. Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Estácio do Ceará – Estácio FIC e aprovado sob a CAAE 57787316.1.0000.5038.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foram contatados de maneira informal e foram informados os objetivos da investigação e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, com a garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos, do emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa.

Os riscos da pesquisa foram os relacionados ao constrangimento dos voluntários por envolver o questionamento das sensações produzidas, bem como a não adaptação dos mesmos aos equipamentos. Porém esses riscos foram minimizados, através da retirada imediata do voluntário do estudo em qualquer um

dos casos citados, assim como a reparação por qualquer dano confirmado pela pesquisa desde que haja evidência comprovada ounexo causal com a pesquisa.

Os participantes responderam as perguntas e quando ocorriam dúvidas ou algum constrangimento, poderiam perguntar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem penalidades.

Não houve nenhuma espécie de compensação financeira aos voluntários por participarem do estudo.

6. RESULTADOS

6.1. Características dos homens agressores

A maior parte da amostra estuda foi natural da zona urbana (62,5%), se autoafirmava de raça/cor parda (67,1%), encontrava-se na faixa etária entre 31 e 45 anos de idade (45,4%; mín=18, máx=69; média=36,3; DP=10,77) e considerava-se de religião católica (48,0%). Quanto ao tipo de relacionamento, a maioria vivia em regime de casamento ou união estável (88,2%), residia com o cônjuge (84,9%) e tinha pelo menos um filho (35,5%). Observou-se baixa escolaridade, em que a maioria dos entrevistados tinha menos de 9 anos de estudos (52,0%), e baixo nível socioeconômico, com quase a totalidade dos entrevistados pertencentes à classe social D-E (96,7%).

Percebeu-se que a universalidade da amostra foi composta por indivíduos que trabalhavam antes da prisão (99,3%), sendo que mais da metade destes, não possuíam vínculo empregatício (60,9%) e uma minoria afirmava sofrer pressões em seus trabalhos (13,2%). A maioria dos entrevistados possuía rendimentos pessoais de até 2 Salários Mínimos (SM) (80,3%) e eram a principal fonte de renda da família (71,7%). A renda familiar da maioria foi de até 2 SM (64,5%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, laboral e de rendimentos da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Características sociodemográfica		
Zona de nascimento (n=152)		
Zona urbana	95	62,5
Zona rural	57	37,5
Raça (n=152)		
Preta	20	13,2
Parda	102	67,1
Branca	21	13,8
Amarela	6	3,9
Indígena	1	0,7
Outra	2	1,3
Faixa etária em anos (n=152)		
≤30	51	33,6
31 -- 45	69	45,4
≥46	32	21,1
Religião (n=152)		

Continua Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de Rendimentos da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Católica	73	48,0
Evangélica	57	37,5
Não tenho religião ou crença	19	12,5
Outro (a)	3	2,0
Estado civil atual (n=152)		
Casado ou união estável	134	88,2
Possui parceira fixa	3	2,0
Solteiro	10	6,6
Separado/divorciado	5	3,3
Mora com (n=152)		
Cônjuge	129	84,9
Familiares ⁴	10	6,6
Familiares da companheira ⁵	8	5,3
Filhos	118	77,6
Nº. de filhos com quem mora (n=152)		
0	34	22,4
1	54	35,5
2	30	19,7
3	12	7,9
4	12	7,9
≥4	10	6,6
Grau de instrução (n=150)		
Analfabeto / EF I incomp.	30	20,0
EF I comp. / EF II incomp.	48	32,0
EF II comp. / EM comp.	44	29,3
Superior comp.	28	18,7
Classe socioeconômica (n=152)		
C2	5	3,3
D-E	147	96,7
Características laborais e rendimentos		
Possuía ocupação antes de ser preso (n=152)	151	99,3
Tipo de ocupação antes de ser preso (n=151)		
Formal	59	39,1
Informal	92	60,9
Sofre pressões no trabalho (n=152)		
	20	13,2
Remuneração antes de ser preso (n=152)		
Sem rendimento	5	3,3
Até 1 SM	45	29,6
De 1 a 2 SM	72	47,4

⁴ pai e/ou mãe e/ou irmão(s)

⁵ sogro e/ou a sogra e/ou cunhado(s)

Continua Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de Rendimentos da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
De 2 a 3 SM	19	12,5
De 3 a 5 SM	7	4,6
De 5 a 10 SM	4	2,6
Principal fonte de renda da família (n=152)	109	71,7
Renda familiar mensal (n=152)		
Sem rendimento	2	1,3
Até 1 SM	29	19,1
De 1 a 2 SM	67	44,1
De 2 a 3 SM	36	23,7
De 3 a 5 SM	13	8,6
De 5 a 10 SM	5	3,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

A maioria dos homens possuíam antecedentes criminais e foram presos pela primeira vez com idade superior a 18 anos (64,2%), sendo o principal motivo destas prisões a prática de crimes não compreendidos como violência doméstica (68,7%). Quase totalidade da amostra está presa pela prática de violência física e psicológica contra suas parceiras (98,7%). A maioria dos entrevistados presenciaram cenas de violências nos domicílios ainda na infância e adolescência (53,9%). As agressões físicas (76,8%) ocorreram com maior frequência, sendo que em 74,4% pai/mãe eram os agressores e em 68,3% vítimas. A maioria dos agressores sofreu algum tipo de violência na vida (82,2%), 91,2% sofreu violência física. Destes, 60,5% estavam entre 10 a 19 anos, sendo os policiais os principais algozes (39,5%). Quase metade dos entrevistados sofreu violência psicológica (49,3%), com maior frequência na faixa etária ≥ 20 anos (72,0%) e os policiais surgem com os principais autores (21,3%), seguido de pessoas conhecidas (20,0%), pessoas estranhas (20,0%) e companheira (18,7%). Apenas 4,6% dos agressores sofreu violência sexual, sendo a infância o período de maior ocorrência (57,1%) tendo pessoas conhecidas e pessoas estranhas igual percentual (28,6%) (TABELA 2).

Tabela 2 – Caracterização do histórico de crimes, violência e conflitos com a Lei da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Histórico de crimes e conflitos com a Lei		
Faixa etária em que foi preso a primeira vez (n=67)		
Menos de 18 anos	24	35,8
Mais de 18 anos	43	64,2
Motivo das prisões anteriores (n=67)		
Violência doméstica	21	31,3
Outros delitos	46	68,7
Tipo de violência da atual prisão (n=152)		
Física	69	45,4
Patrimonial	2	1,3
Psicológica	81	53,3
Violência presenciada		
Presenciou violência no domicílio (n=152)	82	53,9
Tipo de violência presenciada no domicílio (n=82)		
Física	63	76,8
Psicológica	17	20,7
Sexual	2	2,4
Agressor (n=82)		
Algum conhecido/amigo	3	3,7

Continua Tabela 2 - Caracterização do histórico de crimes
violência e conflitos com a Lei da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Padrasto/madrasta	4	4,9
Pai/mãe	61	74,4
Pessoa da família	14	17,1
Vítima (n=82)		
Algun conhecido/amigo	3	3,7
Pai/mãe	56	68,3
Pessoa da família	23	28,1
Violência sofrida		
Sofreu violência na vida (n=152)	125	82,2
Sofreu violência física na vida (n=125)	114	91,2
Idade que sofreu violência física (n=114)		
Entre 0 e 9 anos	11	9,6
Entre 10 e 19 anos	69	60,5
≥20 anos	34	29,8
Agressor da violência física (n=114)		
Algun conhecido/amigo	19	16,7
Companheira atual ou anterior	4	3,5
Estranhos	19	16,7
Padrasto/madrasta	3	2,6
Pai/mãe	15	13,2
Pessoa da família	9	7,9
Policiais na rua	45	39,5
Sofreu violência psicológica na vida (n=152)	75	49,3
Idade que sofreu a violência psicológica (n=75)		
Entre 0 e 9 anos	4	5,3
Entre 10 e 19 anos	17	22,7
≥20 anos	54	72,0
Agressor da violência psicológica (n=75)		
Algun conhecido/amigo	15	20,0
Companheira atual ou anterior	14	18,7
Estranhos	15	20,0
Padrasto/madrasta	1	1,3
Pai/mãe	5	6,7
Pessoa da família ⁶	9	12,0
Policiais na rua	16	21,3
Sofreu violência sexual na vida (n=152)	7	4,6
Idade que sofreu a violência sexual (n= 7)		
Entre 0 e 9 anos	4	57,1
Entre 10 e 19 anos	1	14,3
≥20 anos	2	28,6

⁶ Companheira, ex-companheira, namorada/ex-namorada

Continua Tabela 2 - Caracterização do histórico de crimes
violência e conflitos com a Lei da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Agressor da violência sexual (n= 7)		
Algum conhecido/amigo	2	28,6
Estranhos	2	28,6
Companheira atual ou anterior ⁶	2	28,6
Pessoa da família ^{7**}	1	14,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

⁷ Pessoas da família que tenha morado ou não.

A maior parte da amostra se caracteriza por homens que já foram casados e/ou em união estável antes (58,6%) e sua atual parceira sente por ele ciúmes (80,3%), mesmo que apenas 23,7% dos entrevistados assumam possuir outros relacionamentos fora do que considera fixo. Uma grande proporção (94,1%) são pais, e 60,2% deles possuem de 1 a 2 filhos, sendo que 33,6% têm pelo menos um filho do relacionamento atual e nenhum filho em outros relacionamentos (39,2%). De igual modo, quase metade das parceiras tem filhos de outros relacionamentos (49,3%). Entre os agressores 40,1% são altamente impulsivos. Mais da metade (65,1%) tomam decisões no calor da emoção, fazem coisas sem pensar (51,3%) e falam impensadamente (59,9%), e 60,5% se consideram ciumento. A grande maioria dos entrevistados (75,0%) afirma ser a primeira vez que agrediu uma mulher. Para 59,2% dos agressores, efeito do álcool e outras drogas foi o principal motivo da agressão, ainda que 30,3% justifiquem o ciúme como motivo de agredir suas parceiras. Quase a totalidade da amostra nega possuir arma de fogo (96,1%) (TABELA 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto aos relacionamentos afetivos, aspectos emocionais e atitudes de agressividade. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Características dos relacionamentos afetivos		
Já foi casado/amasiado antes (n=152)	89	58,6
Parceira ciumenta (n=152)		
Sim	122	80,3
Às vezes	12	7,9
Não	18	11,8
Tem relacionamento extraconjugal (n=152)	36	23,7
Tem filhos (n=152)	143	94,1
Total de filhos (n=143)		
1	48	33,6
2	38	26,6
3	17	11,9
4	14	9,8
5	16	11,2
≥6	10	7,0
No. de filhos do RA⁸ (n=143)		
0	36	25,2
1	48	33,6

⁸ Relacionamento atual

Continua Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto aos relacionamentos afetivos, aspectos emocionais e atitudes agressividade. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
2	31	21,7
3	9	6,3
≥5	19	13,3
No. de filhos de RANT⁹ (n=143)		
0	56	39,2
1	54	37,8
2	18	12,6
3	7	4,9
4	2	1,4
≥5	6	4,2
Parceira possui filho(os) de RANT (n=152)	75	49,3
Aspectos emocionais		
Impulsividade (n=152)		
Muito controlados	3	2,0
Limites normais	88	57,9
Altamente impulsivo	61	40,1
Toma decisões no calor da emoção (n=152)	99	65,1
Faz as coisas sem pensar (n=152)	78	51,3
Fala as coisas sem pensar (n=152)	91	59,9
Se identifica como uma pessoa ciumenta (n=152)	92	60,5
Atitudes de agressividade		
Primeira vez que agrediu uma mulher (n=152)	114	75,0
Motivo da agressão atual (n=152)		
Ciúmes	46	30,3
Estava sob o efeito de álcool e outras drogas	90	59,2
Não aceita o fim do relacionamento	16	10,5
Possui ou já possuiu arma de fogo (n=152)		
Não possuo e nunca possui	127	83,6
Não possuo, mas já possui	19	12,5
Sim, possuo	6	3,9

Fonte: Elaborada pelo autor.

⁹ Relacionamentos anteriores

O tabaco foi consumido ao menos uma vez na vida por mais da metade dos entrevistados (59,9%) e em 52,6% nos últimos três meses. O álcool foi relatado como tendo sido experimentado por 82,9% da amostra e 55,6% o consomem semanalmente. Apesar da maior parte dos entrevistados referir nunca ter problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas (56,3%), mais da metade já tentou parar, controlar e/ou diminuir o consumo (60,3%). Mais da metade dos entrevistados encontra-se em situação de risco moderado a alto para as drogas lícitas (álcool = 55,2%, tabaco = 57,2%). Quase 1/3 dos agressores apresentaram risco moderado/alto para o consumo de drogas ilícitas (maconha = 27,0%, cocaína/crack = 30,3%). Mais de 2/3 da amostra informa ter ingerido bebidas alcoólicas antes da agressão (77,6%).

Quase metade dos entrevistados (49,3%) já consumiu drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida e 38,2% nos últimos três meses anteriores à prisão. O uso de maconha foi relatado por 38,2%, sendo o consumo diário 29,3%. Embora apenas 12,1% informe ter problemas de saúde, social ou financeiro, decorrentes do seu uso, 48,3% já tentou controlar, parar ou diminuir o consumo.

A cocaína/crack foi relatada por 34,9% dos agressores, com elevada frequência para o consumo semanal e diário (60,3%). Quase metade da amostra (49,1%) informa não perceber prejuízos à saúde, sociais ou financeiros em decorrência do uso, embora se perceba elevada quantidade de homens que tentaram controlar, diminuir ou cessar o consumo (66,0%) (TABELA 4).

Tabela 4 – Caracterização do uso de álcool e tabaco da amostra. Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Tabaco		
Uso na vida (n=152)	91	59,9
Frequência do uso nos 3 meses anteriores à prisão (n=152)		
Nunca	80	52,6
1 ou 2 vezes	1	0,7
Mensalmente	4	2,6
Semanalmente	7	4,6
Diariamente ou quase todos os dias	60	39,5
Álcool		
Uso na vida (n= 152)	126	82,9
Frequência de consumo nos últimos 3 meses (n= 126)		
Nunca	18	14,3
1 ou 2 vezes	7	5,6
Mensalmente	19	15,0
Semanalmente	70	55,6
Diariamente ou quase todos os dias	12	9,5
Problemas de saúde, social ou financeiro (n= 126)	55	43,7
Tentou controlar/diminuir/parar consumo (n= 126)	76	60,3
Uso de drogas		
Nível de risco para álcool (n=152)		
Baixo risco	68	44,7
Risco moderado	66	43,4
Alto risco	18	11,8
Nível de risco para tabaco (n=152)		
Baixo risco	65	42,8
Risco moderado	80	52,6
Alto risco	7	4,6
Nível de risco para maconha (n=152)		
Baixo risco	111	73,0
Risco moderado	38	25,0
Alto risco	3	2,0
Nível de risco para cocaína/crack (n=152)		
Baixo risco	106	69,7
Risco moderado	32	21,1
Alto risco	14	9,2
Estava alcoolizado quando agrediu (n=152)	118	77,6
Uso de drogas ilícitas		
Uso na vida (n=152)	75	49,3
Uso nos últimos 3 meses (n=152)	58	38,2
Maconha		
Uso na vida (n=152)	58	38,2
Frequência de consumo nos últimos 3 meses (n= 58)		

Continua Tabela 4 - Caracterização do uso de álcool e tabaco da amostra.
Fortaleza/Ce, 2017.

Variáveis	N	%
Nunca	19	32,8
1 ou 2 vezes	7	12,1
Mensalmente	6	10,3
Semanalmente	9	15,5
Diariamente ou quase todos os dias	17	29,3
Problemas de saúde, social ou financeiro (n= 58)	7	12,1
Tentou controlar/diminuir/parar (n= 58)	28	48,3
Cocaína/crack		
Fez uso de cocaína/crack na vida (n=152)	53	34,9
Frequência do uso da cocaína/crack (n= 53)		
Nunca	9	17,0
1 ou 2 vezes	5	9,5
Mensalmente	7	13,2
Semanalmente	19	35,8
Diariamente ou quase todos os dias	13	24,5
Problemas de saúde, social ou financeiro (n= 53)	26	49,1
Tentou controlar/diminuir/parar consumo (n= 53)	35	66,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.2. Fatores associados a impulsividade entre homens agressores

Não foi observada associação com significância estatística entre os níveis de impulsividade e as seguintes variáveis: zona de nascimento, idade atual, raça/cor percebida, religião, estado civil, mora com filho e/ou cônjuge, mora com seus familiares, mora com familiares de sua companheira e classe socioeconômica. Contudo, exceto a variável referente à classe socioeconômica, há uma maior frequência de indivíduos com níveis de impulsividade normal/controlado em todas essas variáveis.

Observa-se associação significativa entre o grau de instrução e os níveis de impulsividade dos entrevistados. Homens com mais anos de estudos tendem a apresentar limites normais/controlados de impulsividade ($p=0,01$).

Não foi observada associação significativa entre os níveis de impulsividade e as variáveis que compõem as características laborais e de rendimentos da amostra estudada ($p>0,05$) (TABELA 5).

Tabela 5 – Características sociodemográficas, laborais e de rendimentos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Zona de nascimento	91		61			0,80	0,52	
Urbana	55	57,89	40	42,11	95	0,41 1,58		
Rural	36	63,16	21	36,84	57			
Idade (anos)	91		61			1,01	0,97	
≤ 35	45	60,00	30	40,00	75	0,52 1,93		
> 35	46	59,74	31	40,26	77			
Raça/cor percebida	91		61			0,79	0,57	
Não Preta/Parda	16	55,17	13	44,83	29	0,35 1,78		
Preta/Parda	75	60,98	48	39,02	123			
Religião	83		47			0,61	0,18	
Católica	43	59,00	30	41,00	73	0,29 1,27		
Evangélica	40	70,00	17	30,00	57			

Continua Tabela 5 - Características sociodemográficas, laborais e de rendimentos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Grau de instrução	91		59			0,34		0,01
Analfabeto / semianalfabeto	12	40,00	18	60,00	30	0,15	0,78	
EF I comp. ou mais	79	65,83	41	34,17	120			
Classe socioeconômica	91		61			0,15		0,06
C2	01	20,00	4	80,00	5	0,02	1,45	
D-E	90	61,00	57	39,00	147			
Estado civil atual	91		61			0,72		0,57
Parceira fixa	81	59,12	56	40,88	137	0,23	2,23	
Sem parceira fixa	10	66,67	5	33,33	15			
Mora com filho e/ou cônjuge	91		61			0,63		0,33
Não	10	50,00	10	50,00	20	0,25	1,62	
Sim	81	61,36	51	38,64	132			
Mora com familiares	91		61			0,62		0,74
Não	84	59,15	58	40,85	142	0,15	2,50	
Sim	7	70,00	3	30,00	10			
Mora com familiares da companheira	91		61			0,48		0,47
Não	85	59,03	59	40,97	144	0,09	2,46	
Sim	06	75,00	2	25,00	8			
Tipo de ocupação antes da prisão	91		60			0,74		0,38
Formal	33	55,93	26	44,07	59	0,38	1,44	
Informal	58	63,04	34	36,96	92			
Principal fonte de renda da família	91		61			1,03		0,92
Não	26	60,47	17	39,53	43	0,50	2,12	
Sim	65	59,63	44	40,37	109			
Renda mensal antes de ser preso	91		61			0,69		0,30
≤ 1 SM	27	54,00	23	46,00	50	0,35	1,38	
> 1 SM	64	62,74	38	37,26	102			
Renda familiar mensal	91		61			0,77		0,52
≤ 1 SM	17	54,83	14	45,17		0,34	1,71	

Continua Tabela 5 - Características sociodemográficas, laborais e de rendimentos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
> 1 SM	74	61,15	47	38,85				
Sofre pressões no trabalho	91		61			1,25	0,63	
Não	80	60,61	52	39,39	132	0,48	3,24	
Sim	11	55,00	9	45,00	20			

Fonte: elaborada pelo autor

Dentre variáveis que dizem respeito às características dos relacionamentos afetivos, apenas a que se refere à autoafirmação de ciúmes mostrou associação com os níveis de impulsividade dos entrevistados ($p=0,00$) (TABELA 6).

Tabela 6 – Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Foi casado/amasiado antes	91		61			0,65		0,21
Não	34	53,97	29	46,03	63	0,34	1,27	
Sim	57	64,04	32	35,96	89			
Tem relacionamento extraconjugal	91		61			0,80		0,57
Não	68	58,62	48	41,38	116	0,36	1,73	
Sim	23	63,89	13	36,11	36			
Autoafirmação de ciúmes	91		61			2,63		0,00
Não	44	73,33	16	26,67	60	1,30	5,31	
Sim e/ou às vezes	47	51,09	45	48,91	92			
Parceira ciumenta	91		61			1,06		0,90
Não	11	61,11	7	38,89	18	0,38	2,90	
Sim e/ou às vezes	80	59,70	54	40,30	134			
Tem filhos	91		61			1,36		0,74
Não	6	66,67	3	33,33	9	0,32	5,67	
Sim	85	59,44	58	40,56	143			
Total de filhos	85		58			0,77		0,46
1 a 2 filhos	49	57,0	37	43,0	86	0,38	1,53	
3 ou mais	36	63,2	21	36,8	57			
Parceira possui filho (os) de outros relacionamentos	91		61			1,23		0,52
Não	48	62,34	29	37,66	77	0,64	2,35	
Sim	43	57,33	32	42,67	75			

Fonte: elaborada pelo autor

Observa-se a ausência de significância estatística na associação entre todas as variáveis relativas ao histórico de violência e os níveis de impulsividade dos entrevistados (TABELA 7).

Tabela 7 – Histórico de violência da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Violência presenciada								
Presenciou violência no domicílio	91		61				1,76	0,09
Não	47	67,14	23	32,86	70	0,91	3,41	
Sim	44	53,66	38	46,34	82			
Tipo de violência que presenciou	44		38				0,44	0,14
Física	31	49,20	32	50,80	63	0,15	1,32	
Não física	13	68,40	6	31,60	19			
Agressor	44		38				0,93	0,89
Não pai/mãe	11	52,40	10	47,60	21	0,34	2,52	
Pai/mãe	33	54,10	28	45,90	61			
Vítimas	44		38				1,20	0,72
Não pai/mãe	35	54,70	29	45,30	64	0,42	3,43	
Pai/mãe	9	50,00	9	50,00	18			
Violência vivida								
Sofreu violência na vida	91		61				1,17	0,71
Não	17	62,96	10	37,04	27	0,49	2,76	
Sim	74	59,20	51	40,80	125			
Agressor da violência física	65		49				0,60	0,18
Pessoa conhecida	25	50,00	25	50,00	50	0,28	1,27	
Pessoa estranha	40	62,50	24	37,50	64			
Agressor da violência psicológica	47		28				0,68	0,44
Pessoa conhecida	26	59,10	18	40,90	44	0,26	1,80	
Pessoa estranha	21	67,70	10	32,30	31			

Fonte: elaborada pelo autor

Os níveis de impulsividade não apresentaram associação com nenhuma das variáveis atinentes ao consumo de drogas socialmente aceitas. Observou-se a associação significativa entre os níveis de impulsividade e o uso de drogas ilícitas na vida ($p=0,00$), uso de drogas ilícitas nos últimos três meses ($p=0,00$), risco alto/moderado do consumo da maconha ($p= 0,00$), a tentativa de parar, controlar ou diminuir o uso da maconha ($p= 0,04$) e o risco moderado/alto do consumo de cocaína/crack ($p= 0,00$) (TABELA 8).

Tabela 8 – Características do padrão de uso de álcool e drogas da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Drogas lícitas								
Risco do Tabaco	91		61			1,78		0,08
Baixo risco	44	67,69	21	32,31	65	0,91	3,48	
Risco alto/moderado	47	54,02	40	45,98	87			
Risco do Álcool	91		61			1,81		0,07
Baixo risco	46	67,65	22	32,35	68	0,93	3,52	
Risco alto/moderado	45	53,57	39	46,43	84			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas	74		52			1,43		0,33
Não	32	64,00	18	36,00	50	0,69	2,99	
Sim	42	55,30	34	44,70	76			
Drogas ilícitas								
Faz e/ou fez uso de droga ilícita (na vida)	91		61			3,04		0,00
Não	56	72,73	21	27,27	77	1,54	5,99	
Sim	35	46,67	40	53,33	75			
Fez uso de droga ilícita (últimos 3 meses)	91		61			3,97		0,00
Não	68	72,34	26	27,66	94	1,98	7,96	
Sim	23	39,66	35	60,34	58			
Risco da maconha	91		61			3,25		0,00
Baixo risco	75	67,57	36	32,43	111	1,54	6,84	

Continua Tabela 8 - Características do padrão de uso de álcool e drogas da amostra De acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Risco alto/moderado	16	39,02	25	60,98	41			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de maconha	91		61			2,34		0,04
Não	79	63,70	45	36,30	124	1,01	5,38	
Sim	12	42,90	16	57,10	28			
Risco da cocaína	91		61			2,63		0,00
Baixo risco	71	66,98	35	33,02	106	1,29	5,36	
Risco alto/moderado	20	43,48	26	56,52	46			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de cocaína/crack	91		61			1,82		0,12
Não	74	63,20	43	36,80	117	0,85	3,90	
Sim	17	48,60	18	51,40	35			

Fonte: elaborada pelo autor

O histórico prisional dos entrevistados não mostrou associação com os níveis de impulsividade, exceto para a variável relativa à primeira agressão contra uma mulher ($p= 0,00$) (TABELA 9).

Tabela 9 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Motivo de prisões anteriores	38		29			1,02		0,96
Violência doméstica	12	57,14	9	42,86	21	0,36	2,90	
Outros delitos	26	56,52	20	43,48	46			
Tipo de violência que está preso	91		61			0,86		0,66
Física	40	58,00	29	42,00	69	0,45	1,66	
Não física	51	61,40	32	38,60	83			
Foi a primeira vez que agrediu uma mulher	91		61			3,06		0,00
Não	15	39,47	23	60,53	38	1,43	6,54	
Sim	76	66,67	38	33,33	114			
Primeira vez que agrediu a vítima da atual prisão	91		61			1,05		0,87
Não	37	60,66	24	39,34	61	0,54	2,04	
Sim	54	59,34	37	40,66	91			
Estava alcoolizado e/ou drogado quando agrediu	91		61			2,18		0,06
Não	25	73,53	9	26,47	34	0,94	5,09	
Sim	66	55,93	52	44,07	118			
Motivo da agressão atual	91		61			1,10		0,76
Ciúmes/não aceita o fim do relacionamento	38	61,29	24	38,71	62	0,57	2,14	

Continua Tabela 9 - Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de Acordo com nível de impulsividade. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEL DE IMPULSIVIDADE				TOTAL	OR		Valor p
	MUITO CONTROLADO/ LIMITES NORMAIS		ALTAMENTE IMPULSIVO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Estava sob o efeito de álcool e outras drogas	53	58,89	37	41,11	90			
Possui/possuiu arma de fogo	91		61			1,78		0,18
Não	79	62,20	48	37,80	127	0,75	4,22	
Sim	12	48,00	13	52,00	25			

Fonte: elaborada pelo autor.

Considerando a proporção de altamente impulsivo, próximo a 50%, o modelo abaixo possui sensibilidade de 57,6%, especificidade de 72,5% e a acuraria de 66,7%. Do total de casos válidos (n= 150, 98,2% dos entrevistados) e ao nível de significância 5% os fatores que explicam significativamente a impulsividade são o baixo grau de instrução (OR=3,02, p=0,020), autoafirmação de ciúmes (OR=2,42, p=0,029), uso de drogas ilícitas nos três meses anteriores à pesquisa (OR=2,83, p=0,007) e não ser a primeira vez que agrediu uma mulher (OR=2,72, p=0,018) (QUADRO 1).

Quadro 1 - Análise multivariada dos fatores associados ao risco de ser altamente impulsivo. Fortaleza/Ce, 2017.

FATORES	COFICIENTE	EP	P	OR	95% IC
Grau de instrução					
Analfabeto / semi-analfabeto	1,106	0,477	0,020	3,02	1,19- 7,69
Fundamental I completo ou mais	-	-	-	1,00	-
Autoafirmação de ciúmes					
Não	-	-	-	1,00	-
Sim e/ou as vezes	0,886	0,405	0,029	2,42	1,10-5,36
Uso de droga ilícita nos últimos 3 meses					
Não	-	-	-	1,00	-
Sim	1,039	0,385	0,007	2,83	1,33-6,01
Primeira vez que agrediu uma mulher					
Não	0,999	0,423	0,018	2,72	1,18-6,22
Sim	-	-	-	1,00	-
<i>Constante</i>	<i>-1,909</i>	<i>0,387</i>	<i><0,001</i>	<i>0,15</i>	<i>-</i>

Fonte: elaborada pelo autor.

6.3. Fatores associados ao consumo de risco para álcool entre homens agressores

Embora se observe elevada frequência de indivíduos com risco para o consumo de álcool alto/moderado nas seguintes variáveis: raça cor, religião, mora com familiares, mora com filho e/ou cônjuge e mora com familiares da companheira, essas variáveis não apresentam associação significativa com o risco para o consumo de álcool. Há associação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas, a zona de nascimento dos entrevistados ($p=0,00$) e o grau de instrução ($p=0,01$).

Não foram verificadas associações significativas entre risco para o consumo de bebidas alcoólicas e as variáveis referentes características laborais e de rendimentos dos entrevistados (TABELA 11).

Tabela 10– Características sociodemográficas da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ALCÓOL				Total	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO/MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Zona de nascimento	68		84			2,72		0,00
Urbana	51	53,70	44	46,30	95	1,36	5,47	
Rural	17	29,80	40	70,20	57			
Idade (anos)	68		84			1,44		0,26
≤ 35	37	49,33	38	50,67	75	0,76	2,74	
> 35	31	40,25	46	59,75	77			
Raça/cor percebida	68		84			0,70		0,41
Não Preta/Parda	11	37,90	18	62,10	29	0,30	1,62	
Preta/Parda	57	46,30	66	53,70	123			
Religião	59		71			1,26		0,50
Católica	35	47,90	38	52,10	73	0,63	2,54	
Evangélica	24	42,10	33	57,90	57			
Grau de instrução	66		84			0,31		0,01
Analfabeto / semianalfabeto	7	23,30	23	76,70	30	0,12	0,78	
EF I comp. ou mais	59	49,20	61	50,80	120			
Classe socioeconômica	68		84			1,89		0,65
C2	3	60,00	2	40,00	5	0,30	11,6	
D-E	65	44,20	82	55,80	147			
Estado civil atual	68		84			0,68		0,48

Continua Tabela 9 - Características sociodemográficas da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				Total	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO/MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Parceira fixa	60	43,80	77	56,20	137	0,23	1,98	
Sem parceira fixa	8	53,30	7	46,70	15			
Mora com filho e/ou cônjuge	68		84				0,62	0,34
Não	7	35,00	13	65,00	20	0,23	1,67	
Sim	61	46,20	71	53,80	132			
Mora com familiares	68		84				1,97	0,51
Não	65	45,80	77	54,20	142	0,49	7,92	
Sim	3	30,00	7	70,00	10			
Mora com familiares da companheira	68		84				0,46	0,46
Não	63	43,80	81	56,30	144	0,10	2,02	
Sim	5	62,50	3	37,50	8			
Tipo de ocupação antes da prisão	68		83				1,31	0,41
Formal	29	49,20	30	50,80	59	0,68	2,53	
Informal	39	42,40	53	57,60	92			
Principal fonte de renda da família	68		84				1,25	0,52
Não	21	48,80	22	51,20	43	0,62	2,55	
Sim	47	43,10	62	56,90	109			
Renda mensal antes de ser preso	68		84				1,07	0,82
≤ 1 SM	23	46,00	27	54,00	50	0,54	2,12	
> 1 SM	45	44,10	57	55,90	102			
Renda familiar mensal	68		84				0,86	0,72
≤ 1 SM	13	41,90	18	58,10	31	0,39	1,92	
> 1 SM	55	45,50	66	54,50	121			
Sofre pressões no trabalho	68		84				0,78	0,61
Não	58	43,90	74	56,10	132	0,30	2,00	
Sim	10	50,00	10	50,00	20			

Fonte: elaborada pelo autor.

Verificou-se associação com significância estatística entre indivíduos que se autoafirmam como ciumentos e o consumo de risco alto/moderado para o álcool ($p= 0,04$) (TABELA 12).

Tabela 11– Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Foi casado/amasiado antes	68		84			0,62		0,16
Não	24	38,10	39	61,90	63	0,32	1,21	
Sim	44	49,40	45	50,60	89			
Tem relacionamento extraconjugal	68		84			0,75		0,46
Não	50	43,10	66	56,90	116	0,35	1,60	
Sim	18	50,00	18	50,00	36			
Autoafirmação de ciúmes	68		84			1,99		0,04
Não	33	55,00	27	45,00	60	1,02	3,85	
Sim e/ou às vezes	35	38,00	57	62,00	92			
Parceira ciumenta	68		84			1,63		0,32
Não	10	55,60	8	44,40	18	0,60	4,41	
Sim e/ou às vezes	58	43,30	76	56,70	134			
Tem filhos	68		84			1,58		0,51
Não	5	55,60	4	44,40	9	0,40	6,15	
Sim	63	44,10	80	55,90	143			
Total de filhos	63		80			1,85		0,07
1 a 2 filhos	43	50,00	43	50,00	86	0,92	3,68	
3 ou mais	20	35,10	37	64,90	57			
Parceira possui filho (os) de outros relacionamentos	68		84			1,46		0,24
Não	38	49,40	39	50,60	77	0,76	2,77	
Sim	30	40,00	45	60,00	75			

Fonte: elaborada pelo autor.

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre as variáveis pertinentes ao histórico de violência e o risco para o consumo de bebidas alcoólicas dos participantes da pesquisa (TABELA 13).

Tabela 12 – Histórico de violência da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Violência presenciada								
Presenciou violência no domicílio	68		84			1,19		0,58
Não	33	47,10	37	52,90	70	0,63	2,27	
Sim	35	42,70	47	57,30	82			
Tipo de violência que presenciou	35		47			0,59		0,31
Física	25	39,70	38	60,30	63	0,21	1,66	
Não física	10	52,60	9	47,40	19			
Agressor	35		47			1,01		0,98
Não pai/mãe	9	42,90	12	57,10	21	0,37	2,75	
Pai/mãe	26	42,60	35	57,40	61			
Vítimas	35		47			0,68		0,47
Não pai/mãe	26	40,50	38	59,40	64	0,23	1,95	
Pai/mãe	9	50,00	9	50,00	18			
Violência vivida								
Sofreu violência na vida	68		84			1,69		0,212
Não	15	55,60	12	44,40	27	0,73	3,92	
Sim	53	42,40	72	57,60	125			
Agressor da violência física	49		65			0,80		0,57
Pessoa conhecida	20	40,00	30	60,00	50	0,38	1,70	
Pessoa estranha	29	45,30	35	54,70	64			
Agressor da violência psicológica	32		43			0,84		0,71
Pessoa conhecida	18	40,90	26	59,10	44	0,33	2,12	
Pessoa estranha	14	45,20	17	54,80	31			

Fonte: elaborada pelo autor.

A amostra estudada apresentou associação significativa entre as variáveis consumo de risco para o tabaco ($p= 0,00$) e tentativas de parar, controlar ou diminuir o consumo de bebida alcoólica ($p= 0,00$) e o desfecho risco para o consumo de bebidas alcoólicas (TABELA 14).

Tabela 13 – Características do padrão de uso de álcool e drogas da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Drogas lícitas								
Risco do Tabaco	68		84			3,37		0,00
Baixo risco	40	61,50	25	38,50	65	1,72	6,60	
Risco alto/moderado	28	32,20	59	67,80	87			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas	68		84			51,66		0,00
Não	62	81,60	14	18,40	76	18,7	142,6	
Sim	6	7,90	70	92,10	76			
Drogas ilícitas								
Faz e/ou fez uso de droga ilícita (na vida)	68		84			0,69		0,261
Não	31	40,30	46	59,70	77	0,36	1,31	
Sim	37	49,30	38	50,70	75			
Fez uso de droga ilícita (últimos 3 meses)	68		84			0,88		0,72
Não	41	43,60	53	56,40	94	0,46	1,71	
Sim	27	46,60	31	53,40	58			
Risco da maconha	68		84			1,20		0,62
Baixo risco	51	45,90	60	54,10	111	0,58	2,47	
Risco alto/moderado	17	41,50	24	58,50	41			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de maconha	68		84			1,58		0,28
Não	58	46,80	66	53,20	124	0,67	3,70	
Sim	10	35,70	18	64,30	28			
Risco da cocaína	68		84			1,38		0,36
Baixo risco	50	47,20	56	52,80	106	0,68	2,80	

Continua Tabela 13 - Características do padrão de uso de álcool e drogas da Amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Risco alto/moderado	18	39,10	28	60,90	46			
Tentou controlar, diminuir ou parar o uso de cocaína/crack	68		84					
Não	56	47,90	61	52,10	117	0,80	3,86	
Sim	12	34,30	23	65,70	35			

Fonte: elaborada pelo autor.

Não foi encontrada associação entre risco para o consumo de bebidas alcoólicas e as variáveis que descrevem o histórico prisional e de agressão contra mulher, exceto para as seguintes variáveis: estar alcoolizado e/ou drogado no momento da agressão ($p= 0,00$) e motivo da agressão atual ($p= 0,00$) (TABELA 15).

Tabela 14 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Motivo das prisões anteriores	31		36					
Violência doméstica	12	57,10	9	42,90	21	0,66	5,38	
Outros delitos	19	41,30	27	58,70	46			
Tipo de violência que está preso	68		84					
Física	31	44,90	38	55,10	69	0,53	1,92	
Não física	37	44,60	46	55,40	83			
Primeira vez que agrediu uma mulher	68		84					
						1,54		0,25

Continua Tabela 14 - Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	RISCO DO ÁLCOOL				TOTAL	OR		Valor p
	BAIXO		ALTO / MODERADO			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Não	14	36,80	24	63,20	38	0,72	3,28	
Sim	54	47,40	60	52,60	114			
Primeira vez que agrediu a vítima da atual prisão	68		84			0,69		0,27
Não	24	39,30	37	60,70	61	0,35	1,33	
Sim	44	48,40	47	51,60	91			
Estava alcoolizado e/ou drogado quando agrediu.	68		84			9,10		0,00
Não	28	82,40	6	17,60	34	3,48	23,78	
Sim	40	33,90	78	66,10	118			
Motivo da agressão atual						3,56		0,00
Ciúmes/nã o aceita o fim do relacionamento	39	62,90	23	37,10	62	1,80	7,03	
Estava sob o efeito de álcool e outras drogas	29	32,20	61	67,80	90			
Possui/possui u arma de fogo	68		84			1,54		0,33
Não	59	46,50	68	53,50	127	0,63	3,74	
Sim	9	36,00	16	64,00	25			

Fonte: elaborada pelo autor.

Considerando a prevalência para o risco de álcool alto/moderado próximo a 50% o modelo acima possui uma sensibilidade igual a 80,0%, especificidade igual a 65,1% e a acuraria igual a 73,4%. Total de casos válidos $n = 143$ (94,1% dos entrevistados) e, ao nível de significância 5% os fatores que explicam significativamente o risco de alcoolismo são a zona de nascimento (OR=6,52, $p < 0,001$), uso de risco de tabaco (OR=7,94, $p < 0,001$), autoafirmação de ciúmes (OR=2,66, $p = 0,017$) e já ter sido casado ou amasiado (OR=2,64, $p < 0,001$) (QUADRO 2).

Quadro 2 – Análise multivariada dos fatores associados ao risco de álcool. Fortaleza/Ce, 2017

FATORES	COFICIENTE	EP	P	OR	95% IC
Zona de nascimento					
Zona urbana	-	-	-	1,000	-
Zona rural	1,875	0,490	<0,001	6,522	2,495 - 17,047
Risco do Tabaco					
Baixo risco	-	-	-	1,000	-
Risco alto/moderado	2,072	0,461	<0,001	7,941	3,214 - 19,619
Autoafirmação de ciúmes					
Não	-	-	-	1,000	-
Sim e/ou às vezes	0,980	0,410	0,017	2,664	1,193 - 5,945
Já foi casado/amasiado?					
Não	0,973	0,420	0,021	2,645	1,161 - 6,026
Sim	-	-	-	1,000	-
Constante	-2,550	0,550	<0,001	0,078	-

Fonte: elaborada pelo autor.

6.4. Fatores associados ao consumo de risco para drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão entre homens agressores

O consumo de drogas ilícitas nos 3 meses que antecederam a prisão apresentou significância estatística com a zona de nascimento ($p = 0,00$), raça/cor percebida ($p = 0,01$) e estado civil ($p = 0,01$)

Não se observou associação entre o consumo de drogas nos três meses que antecederam a prisão dos entrevistados e as variáveis atinentes às características laborais e de rendimentos da amostra (TABELA 17).

Tabela 15– Características sociodemográficas da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				Total	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Zona de nascimento	94		58			0,37		0,00
Urbana	51	53,7	44	46,3	95	0,18	0,78	
Rural	43	75,4	14	24,6	57			
Idade (anos)	94		58			0,68		0,25
≤ 35	43	57,3	32	42,7	75	0,35	1,32	
> 35	51	66,2	26	33,8	77			
Raça/cor percebida	94		58			0,35		0,01
Não Preta/Parda	12	41,4	17	58,6	29	0,15	0,80	
Preta/Parda	82	66,7	41	33,3	123			
Religião	82		48			1,94		0,07
Católica	51	69,9	22	30,1	73	0,94	4,00	
Evangélica	31	54,4	26	45,6	57			
Grau de instrução	94		56			0,73		0,44
Analfabeto / semianalfabeto	17	56,7	13	43,3	30	0,32	1,64	
EF I comp. ou mais	77	64,2	43	35,8	120			
Classe socioeconômica	94		58			0,14		0,07
C2	1	20,0	4	80,0	5	0,01	1,33	
D-E	93	63,3	54	36,7	147			
Estado civil atual	94		58			0,10		0,01
Parceira fixa	80	58,4	57	41,6	137	0,01	0,78	
Sem parceira fixa	14	93,3	1	6,7	15			
Mora com filho e/ou cônjuge	94		58			2,01		0,19
Não	15	75,0	5	25,0	20	0,69	5,86	
Sim	79	59,8	53	40,2	132			
Mora com familiares	94		58			0,67		0,74
Não	87	61,3	55	38,7	142	0,16	2,73	
Sim	7	70,0	3	30,0	10			
Mora com familiares da companheira	94		58			0,97		1,00
Não	89	61,8	55	38,2	144	0,22	4,22	
Sim	5	62,5	3	37,5	8			
Tipo de ocupação antes da prisão	94		57			1,31		0,43
Formal	39	66,1	20	33,9	59	0,66	2,59	
Informal	55	59,8	37	40,2	92			

Continua Tabela 15 Características sociodemográficas da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				Total	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Principal fonte de renda da família	94		58			0,92		0,82
Não	26	60,5	17	39,5	43	0,44	1,90	
Sim	68	62,4	41	37,6	109			
Renda mensal antes de ser preso	94		58			1,14		0,70
≤ 1 SM	32	64,0	18	36,0	50	0,56	2,31	
> 1 SM	62	60,8	40	39,2	102			
Renda familiar mensal	94		58			0,97		0,94
≤ 1 SM	19	61,3	12	38,7	31	0,43	2,18	
> 1 SM	75	62,0	36	38,0	121			
Sofre pressões no trabalho	94		58			0,85		0,75
Não	81	61,4	51	38,6	132	0,32	2,28	
Sim	13	65,0	7	35,0	20			

Fonte: elaborada pelo autor.

Foi observada associação significativa entre o consumo de drogas ilícitas nos últimos três meses que antecederam a prisão e já ter sido casado ($p=0,04$) e a autoafirmação de ciúmes ($p= 0,00$) (TABELA 19).

Tabela 16– Características dos relacionamentos afetivos da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				TOTAL	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Foi casado/amasiado antes	94		58			0,50		0,04
Não	33	52,4	30	47,6	63	0,25	0,98	
Sim	61	68,5	28	31,5	89			
Tem relacionamento extraconjugal	94		58			0,64		0,28
Não	69	59,5	47	40,5	116	0,29	1,43	
Sim	25	69,4	11	30,6	36			
Autoafirmação de ciúmes	94		58			3,01		0,00
Não	46	76,7	14	23,3	60	1,45	6,21	
Sim e/ou às vezes	48	52,2	44	47,8	92			
Parceira ciumenta	94		58			1,70		0,33
Não	13	72,2	5	27,8	18	0,57	5,05	
Sim e/ou às vezes	81	60,4	53	39,6	134			
Tem filhos	94		58			1,25		1,00
Não	6	66,7	3	33,3	9	0,30	5,20	
Sim	88	61,5	55	38,5	143			
Total de filhos	88		55			0,53		0,08
1 a 2 filhos	48	55,8	38	44,2	86	0,26	1,09	
3 ou mais	40	70,2	17	29,8	57			
Parceira possui filho (os) de outros relacionamentos	94		58			1,46		0,25
Não	51	66,2	26	33,8	77	0,75	2,81	
Sim	43	57,3	32	42,7	75			

Fonte: elaborada pelo autor.

As variáveis relativas ao histórico de violência que associaram significativamente ao uso de drogas ilícitas nos três meses que antecederam a prisão dos entrevistados foram o tipo de violência presenciada na infância ($p= 0,05$) e o agressor das cenas de violência presenciada ($p= 0,00$) (TABELA 20).

Tabela 17 – Histórico de violência da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				TOTAL	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Violência presenciada								
Presenciou violência no domicílio	94		58				1,21	0,56
Não	45	64,3	25	35,7	70	0,62	2,34	
Sim	49	59,8	33	40,2	82			
Tipo de violência que presenciou	49		33				0,31	0,05
Física	34	54,0	29	46,0	63	0,09	1,04	
Não física	15	78,9	4	21,1	19			
Agressor	49		33				0,16	0,00
Não pai/mãe	6	28,6	15	71,4	21	0,05	0,50	
Pai/mãe	43	70,5	18	29,5	61			
Vítimas	49		33				0,93	0,89
Não pai/mãe	38	59,4	26	40,6	64	0,31	2,71	
Pai/mãe	11	61,1	7	38,9	18			
Violência vivida								
Sofreu violência na vida	94		58				0,87	0,76
Não	16	59,3	11	40,7	27	0,37	2,04	
Sim	78	62,4	47	37,6	125			
Agressor da violência física	70		44				0,90	0,78
Pessoa conhecida	30	60,0	20	40,0	50	0,42	1,92	
Pessoa estranha	40	62,5	24	37,5	64			
Agressor da violência psicológica	44		31				1,30	0,57
Pessoa conhecida	27	61,4	17	38,6	44	0,51	3,32	
Pessoa estranha	17	54,8	14	45,2	31			

Fonte: elaborada pelo autor.

Observou-se significância estatística na associação do uso de drogas ilícitas nos três meses que antecederam a prisão e ter sido a primeira vez que agrediu uma mulher ($p= 0,03$), bem como ter possuído ou possuir arma de fogo ($p= 0,04$) (TABELA 21).

Tabela 18 – Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				TOTAL	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Motivo das prisões anteriores	36		31			0,92		0,88
Violência doméstica	11	52,4	10	47,6	21	0,32	2,60	
Outros delitos	25	54,3	21	45,7	46			
Tipo de violência que está preso	94		58			0,92		0,82
Física	42	60,9	27	39,1	69	0,48	1,78	
Não física	52	62,7	31	37,3	83			
Primeira vez que agrediu uma mulher	94		58			2,22		0,03
Não	18	47,4	20	52,6	38	1,05	4,68	
Sim	76	66,7	38	33,3	114			
Primeira vez que agrediu a vítima da atual prisão	94		58			0,73		0,35
Não	35	57,4	26	42,6	61	0,37	1,42	
Sim	59	64,8	32	35,2	91			
Estava alcoolizado e/ou drogado quando agrediu.	94		58			1,97		0,11
Não	25	73,5	9	26,5	34	0,84	4,59	
Sim	69	58,5	49	41,5	118			
Motivo da agressão atual	94		58					
Ciúmes/não aceita o fim do relacionamento	39	62,90		23	37,10	1,07		0,82
Estava sob o efeito de álcool e outras drogas	55	61,10		35	38,90	0,55	2,10	

Continua Tabela 18 - Histórico prisional e de agressão contra mulher da amostra de acordo com o uso de drogas ilícitas há 3 meses antes da prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

VARIÁVEIS	DROGA ILÍCITA 3 MESES				TOTAL	OR		Valor p
	NÃO		SIM			IC (95%)		
	n	%	n	%				
Você possui ou já possuiu arma de fogo	94		58					0,04
Não	83	65,4	44	34,6	127	1,00	5,73	
Sim	11	44,0	14	56,0	25			

Fonte: elaborada pelo autor.

Considerando a prevalência para o risco de droga alto/moderado próximo a 38% o modelo acima possui uma sensibilidade igual a 69,1%, especificidade igual a 68,2% e a acuraria igual a 68,5%. Total de casos válidos $n = 143$ (94,1% dos entrevistados) e, ao nível de significância 5% os fatores que explicam significativamente o risco de drogas nos últimos 3 meses são a raça percebida ($p < 0,00$, OR= 4,45, IC= 1,71 – 11,56), zona de nascimento ($p < 0,02$, OR= 2,62, IC= 1,14 – 6,02), ter 1 ou 2 filhos ($p < 0,04$, OR= 2,28, IC= 1,08 – 7,65), possuir ou já ter possuído arma de fogo ($p < 0,03$, OR= 2,88, IC= 1,08 – 7,65) e não ser a primeira vez que agride uma mulher ($p < 0,00$, OR= 4,03, IC= 1,65 – 9,85) (QUADRO 3).

Quadro 3 – Análise multivariada dos fatores associados ao risco de uso de drogas ilícitas nos três meses anteriores à prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

FATORES	COFICIENTE	EP	P	OR	95% IC
Raça/cor :					
Preta/Parda					
Não	1,494	0,487	0,002	4,454	1,716 - 11,564
Sim	-	-	-	1,000	-
Zona de nascimento					
Zona urbana	0,966	0,424	0,023	2,626	1,145 - 6,026
Zona rural	-	-	-	1,000	-
Total de filhos					
1 a 2 filhos	0,826	0,410	0,044	2,284	1,022 - 5,104
3 ou mais	-	-	-	1,000	-
Possuir ou já ter possuído arma de fogo					
Não	1,059	0,498	0,034	1,000	-
Sim	-	-	-	2,882	1,086 - 7,652
Primeira vez que agrediu uma mulher					
Não	1,395	0,455	0,002	4,035	1,652 - 9,852
Sim	-	-	-	1,000	-
Constante	-2,535	0,548	0,000	0,079	-

Fonte: elaborada pelo autor.

7. DISCUSSÃO

7.1. Fatores associados a impulsividade entre homens agressores

Neste estudo, a impulsividade foi associada à escolaridade, transtorno de personalidade, uso de drogas e reincidência da ocorrência de violência entre parceiros íntimos (BEYDOUN *et al.*, 2017; BIRKLEY; GIANCOLA; LANCE, 2013; COSTA *et al.*, 2015).

Há evidências que o ambiente social, sobretudo os fatores de educação, contribuem de diferentes maneiras para a criminalidade. A baixa escolaridade pode interferir nos indicadores de saúde mental, desencadeando prejuízos na autorregulação do comportamento social e favorecendo a ocorrência de violência (HORTA *et al.*, 2017; MUNDIA *et al.*, 2016).

A impulsividade tem sido estudada como um fator que afeta a capacidade de tomada de decisão, manutenção de vínculos afetivos e à inibição de comportamentos antissociais, estando associado à maior vulnerabilidade, para o uso e abuso de drogas, bem como, à prática de ações agressivas (ADAN, 2012; COSTA *et al.*, 2015; THYLSTRUP; HESSE, 2016).

A reincidência em atos de agressão pesquisada neste estudo foi associada a indivíduos com dificuldades na regulação do comportamento, resistentes às mudanças que, uma vez libertos, tornam a praticar agressão (MUNDIA *et al.*, 2016). Estudos desenvolvidos com homens encarcerados identificam a baixa escolaridade como tendência de alta probabilidade para o cometimento de crimes (BATISTA, 2005; CERQUEIRA *et al.*, 2016; MARTIN *et al.*, 2014; MUNDIA *et al.*, 2016).

Sabe-se que a impulsividade é um fator de risco comum entre os autores de crimes, sendo capaz de aumentar as chances do desenvolvimento de uso abusivo de álcool e drogas, e visão distorcida da realidade (ADAN; A.; *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2015; MUNDIA *et al.*, 2016; YARMUSH *et al.*, 2016). De modo semelhante, neste estudo, o ciúme parece implicar em ocorrência de atos agressivos de repetição, quando associado ao uso de drogas (ADAN; A.; *et al.*, 2010; ADAN, 2012; BEYDOUN *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2015; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017).

As relações sociais e afetivas tendem a ser fragilizadas devido ao comportamento impulsivo. O ciúme vem sendo estudado como risco para o desenvolvimento de vários problemas de saúde, como distúrbios do humor,

ansiedade, abuso de substâncias, impulsividade e comportamento suicida (BEYDOUN *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2015). As emoções vividas nos relacionamentos conjugais, bem como, as tendências comportamentais que impulsionam as agressões necessitam de autorregulação, a fim de prevenir a violência entre parceiros íntimos (COSTA *et al.*, 2015).

Há associação entre o déficit de regulação da emoção e a violência por parceiro íntimo, que depende da condição emocional do agressor e de como este concebe o problema vivido (PARROTT *et al.*, 2017). O tipo de personalidade também foi associado à impulsividade, agressividade e estilo relacional, sendo que a estrutura da organização da personalidade pode também influenciar na expressão do ciúme (COSTA *et al.*, 2015).

A autoafirmação exacerbada de ciúmes é um fator que pode estar associado a transtornos de personalidade e, neste estudo, a autoafirmação de ciúmes apresentou relação com o comportamento impulsivo dos entrevistados (COSTA *et al.*, 2015; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017). Sabe-se que parte dos conflitos ocasionados pelo ciúme são desencadeados a partir de acusações de infidelidade do parceiro, que levam ao controle constante das ações e objetivos daquele que é oprimido pelo ciúme (COSTA *et al.*, 2015).

A situação de conflito conjugal tende a se agravar com o uso de drogas e com o esforço permanente e progressivo em busca da confirmação de suspeitas de traição, gerando acusações que culminam com a violência e, algumas vezes, com o femicídio (ADAN, 2012; COSTA *et al.*, 2015; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017). O déficit na autorregulação do comportamento, a impulsividade e a intoxicação alcoólica estão associados à desinibição comportamental, favorecendo o ciclo de consumo agudo de álcool e agressões (PARROTT *et al.*, 2017).

No que se refere à violência entre parceiros íntimos, neste estudo, a impulsividade e o comportamento agressivo também foram associados à história pessoal de ter sofrido algum tipo de agressão na vida, e ao transtorno de personalidade antissocial e agressiva, que se agrava quando sob efeito de álcool e drogas (ADAN, 2012; BIRKLEY *et al.*, 2013; THYLSTRUP; HESSE, 2016).

Um estudo recente, identificou que o testemunho da violência parental no domicílio durante a infância pode estar associado ao envolvimento com violência por parceiro íntimo na vida adulta. Desse modo, observa-se que os modelos de

transmissão intergeracional de violência, através da exposição durante a infância, podem ajudar a explicar as altas taxas de violência doméstica no Brasil (MADRUGA *et al.*, 2017).

No Brasil, foi observado que entre 2001 e 2005, houve aumento nas estimativas do uso de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e crack (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

Os problemas relacionados ao consumo de drogas, lícitas e ilícitas, têm levado à associação entre o consumo recente com a impulsividade e à agressividade, especialmente entre homens (BIRKLEY *et al.*, 2013; POULOSE; SRINIVASAN, 2009; THYLSTRUP; HESSE, 2016; YARMUSH *et al.*, 2016). De acordo com o 1º Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 3,0% dos brasileiros relataram ter feito uso nocivo e 9,0% são dependentes de álcool, 52,0% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos 1 vez ao ano), 65,0% destes, são homens e 41,0% mulheres (SENAD, 2007).

De 2001 a 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/crack aumentou na população brasileira, mas a de álcool diminuiu, o que alerta para a necessidade da permanente realização de campanhas de prevenção, que aumentem a consciência dos riscos envolvidos no consumo frequente e indevido de drogas (DUARTE *et al.*, 2009). Pessoas reincidentes em atos violentos e que consomem drogas necessitam de reabilitação intensiva, na prisão e após sua soltura, a fim de reduzir incidência de recaídas (ADAN, 2012; BEYDOUN *et al.*, 2017; BIRKLEY *et al.*, 2013; MUNDIA *et al.*, 2016; THYLSTRUP; HESSE, 2016).

Assim, para uma efetiva implementação da Lei Maria da Penha, se faz imprescindível compreender que a impulsividade associada à cronicidade do consumo de drogas e aos transtornos de personalidade (antissocial e agressiva), pode estar associada às alterações de humor e comportamentos impulsivos favorecendo a reincidência da violência por parceiro íntimo.

7.2. Fatores associados ao uso do álcool entre homens agressores

Os homens autores de violência por parceiro íntimo que apresentaram maior consumo de risco do álcool foram de origem rural, fumavam, se autoafirmaram ciumentos e informaram ter possuído outro(s) relacionamento(s) fixo(s) antes do atual. Problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas e ciúme têm sido estudados com frequência nos casos de violência contra parceiro íntimo (COSTA *et al.*, 2015; FRAZIER; YOUNT, 2017; GILCHRIST *et al.*, 2017; GREY *et al.*, 2017; KIENE *et al.*, 2017; MADRUGA *et al.*, 2017; PARROTT *et al.*, 2017; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017; SANTOS; WITECK, 2016).

Da mesma forma que acontece com outros tipos de violência, o consumo abusivo de álcool pelo agressor tem sido associado ao aumento do risco da perpetração de violência por parceiro íntimo (DE MOLINER MENEGON *et al.*, 2015; GILCHRIST *et al.*, 2017; HAMILTON; SINHA; POTENZA, 2012; POULOSE; SRINIVASAN, 2009). Quase 10,0% da população dos grandes centros urbanos consomem substâncias psicoativas (CHOENNI *et al.*, 2017; MENDES, 2011). A intoxicação alcoólica em pessoas com altos níveis de desprendimento emocional, agressividade e baixos níveis de empatia tende a ampliar o risco de perpetrar agressão (BIRKLEY *et al.*, 2013).

A impulsividade tem sido associada ao retraimento de comportamentos sociais, à prática de atos de agressão e ao uso de álcool e drogas (ADAN, 2012; COSTA *et al.*, 2015; THYLSTRUP; HESSE, 2016). Além disso, os indivíduos com consumo abusivo de álcool tendem a apresentar níveis de impulsividades mais elevados quando expostos aos efeitos do álcool (DAVIS *et al.*, 2016; HAMILTON *et al.*, 2012; IDE *et al.*, 2017; PARROTT *et al.*, 2017). Desta forma, os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas parecem contribuir para o surgimento/manutenção de conflitos e à perpetração da violência por parceiro íntimo (PARROTT *et al.*, 2017; YARMUSH *et al.*, 2016).

A aceitabilidade social e o baixo custo do álcool e o cigarro tem favorecido seu consumo de modo amplo, embora estes hábitos já tenham sido associados a problemas de violência, ansiedade e pânico (GARCIA; FREITAS, 2015; MCCABE *et al.*, 2004; VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014). Nos últimos anos, também tem sido estudada a estreita associação entre o tabagismo e transtornos mentais,

como depressão, esquizofrenia, doença de Alzheimer e abuso de álcool (MALBERGIER; OLIVEIRA, 2005). Além disso, foram encontrados resultados que sugerem efeitos sinérgicos na associação entre depressão, uso de álcool e violência por parceiro íntimo (KIENE *et al.*, 2017).

Estudos apontaram ainda que o consumo de tabaco e álcool pode funcionar como porta de entrada para o consumo de outras drogas ilícitas, como a maconha, além do envolvimento em situações de violência de repetição (MALBERGIER; OLIVEIRA, 2005; MCCABE *et al.*, 2004; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017; YARMUSH *et al.*, 2016).

Ressalta-se que o vínculo existente entre tabagismo e alcoolismo se apresenta como um confundidor na relação bidirecional de causa e efeito, mas que, independentemente, pode ser capaz de conduzir a problemas sociais e de saúde tão preocupantes quanto a própria dependência da substância (MALBERGIER; OLIVEIRA, 2005; VARGAS *et al.*, 2014).

O consumo de álcool é comum nas zonas rurais, seja pelo seu baixo custo ou pela sua aceitação social (ANDRADE *et al.*, 2012; GARCIA; FREITAS, 2015; VARGAS *et al.*, 2014). Estudos realizados pela OMS sugeriram que a zona rural brasileira é uma localidade de preservação do patriarcado, onde se perpetua as diferenças entre os gêneros e que são encontradas as maiores prevalências de casos de violência contra a mulher por parceiro íntimo (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

O consumo de risco de bebidas alcoólicas entre os agressores oriundos da zona rural é um problema em todo o país (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Tem sido observado que, em vários países do mundo, a violência por parceiro íntimo é um problema comum e ocorre com frequência em regiões em que há uma legitimação da cultura do patriarcado (BUCHHOLZ *et al.*, 2017; CHOENNI *et al.*, 2017; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017; SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Para a cultura do patriarcado, o ciúme é socialmente aceito (CHOENNI *et al.*, 2017). O ciúme é um sentimento expresso através de uma reação a uma ameaça percebida (COSTA *et al.*, 2015). Nos ambientes em que a cultura do patriarcado impera há aceitação social do ciúme, como forma de afeição, reforça a percepção de posse/propriedade do parceiro íntimo (CHOENNI *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2015; GREY *et al.*, 2017). O ciúme atua como uma forma de limitar a autonomia do

parceiro, sendo uma fonte de insatisfação, conflitos, separações, agressão e violência (COSTA *et al.*, 2015).

O ciúme tem sido associado à impulsividade, transtornos mentais, bem como, ao comportamento antissocial e os riscos para o alcoolismo (ANDRADE *et al.*, 2012; BIRKLEY *et al.*, 2013). Por outro lado, a percepção da possível existência de infidelidade por parte do parceiro, pode ser capaz de desencadear reações que levam ao consumo de álcool e à violência por parceiro íntimo (COSTA *et al.*, 2015).

A adaptação das emoções geradas nos conflitos de relacionamento conjugal, decorrentes do ciúme, é afetada pelo consumo abusivo do álcool. Este cenário interfere na autorregulação de comportamentos sociais aceitáveis, perpetuando o ciclo de consumo agudo de álcool e agressões por parceiro íntimo (ADAN, 2012; COSTA *et al.*, 2015; PARROTT *et al.*, 2017).

Neste contexto, a ruptura dos relacionamentos conjugais conflituosos, que experimentam episódios recorrentes de violência, demanda uma ação de enfrentamento social e cultural pelos parceiros agredidos (ALLY *et al.*, 2016; CHOENNI *et al.*, 2017; PARROTT *et al.*, 2017; SCHRAIBER *et al.*, 2007). O uso de risco do álcool entre homens agressores de suas parceiras, aliado aos padrões culturais do patriarcado, ao ciúme e aos comportamentos impulsivos, parecem contribuir para a ocorrência da repetição de episódios de VPI (ADAN, 2012; BEYDOUN *et al.*, 2017; BIRKLEY *et al.*, 2013). Esta condição é mais frequente, em especial, se este consumo for junto com as parceiras sexuais (GILBERT *et al.*, 2017).

Deste modo, se faz necessária a compreensão da interação entre os fatores sociais, culturais e biopsicológicos no modo de ser e viver dos homens agressores, a fim de que as taxas de violência contra parceiro íntimo possam ser reduzidas. Neste sentido, cabe destacar que a implementação da Lei Maria da Penha pressupõe um atendimento adequado ao agressor, com acompanhamento interdisciplinar, de modo a oferecer assistência às demandas que podem contribuir à redução da violência.

7.3. Fatores associados ao risco de uso de drogas ilícitas entre homens agressores nos três meses anteriores à prisão. Fortaleza/Ce, 2017.

A violência, bem como, o uso de substâncias psicoativas são fenômenos multifatoriais comumente estudados a partir de aspectos econômicos, sociais e culturais (CRANE *et al.*, 2016; REDONDO RODRÍGUEZ; GRAÑA GÓMEZ, 2015). O uso de drogas é um dos fatores associados, comumente, estudados nas diversas tipologias de violências entre diferentes segmentos populacionais (BEYDOUN *et al.*, 2017; MADRUGA *et al.*, 2017).

Neste estudo, identificou-se que os homens autores de violência por parceiro íntimo, que se autoafirmaram não preto/pardo, nascidos na zona urbana, com até 2 filhos, com histórico de posse de arma de fogo e violência de gênero, apresentaram risco para o uso abusivo de drogas ilícitas. Em estudo recente, de revisão sistemática, os homens autores de violência por parceiro íntimo eram, prioritariamente, de raça/cor não branca. Contudo, na análise multivariada a raça cor não preto/pardo se apresentou como risco para o consumo abusivo de drogas ilícitas (DE MOLINER MENEGON *et al.*, 2015).

Neste sentido, se faz necessário compreender alguns elementos teóricos. Primeiramente, embora seja comum a categorização de indivíduos por meio da variável raça/cor, estes significados precisam ser considerados com parcimônia (SANTOS *et al.*, 2010). No Brasil, as questões relacionadas à situação de saúde-doença se estabelecem através de construções sociais demarcadas por questões diversificadas, mas interdependentes, que incluem os aspectos de gênero e da raça/cor (BATISTA, 2005; CAMARANO; KANSO, 2010; MALTA *et al.*, 2015; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Assim, as questões estruturais e sociais, como a falta de qualificação e oportunidades de trabalho que vitima os homens de pele parda, precisam ser compreendidas a partir de dificuldades de acesso à escolarização, renda e assim por diante. Nestes casos, o baixo acesso ao trabalho, culturalmente, impõe o peso da impotência, fragilizando os indivíduos ainda mais, em uma sociedade que demanda ao homem o dever de prover o sustento da família (BATISTA, 2005; SANTOS *et al.*, 2010). Por outro lado, estes indivíduos são acolhidos pelos “amigos”, também usuários, e encontram nas drogas uma forma de inclusão em um grupo social (ALLY *et al.*, 2016; BRAGA; BATISTA; SILVA, 2016; CHOENNI *et al.*, 2017;

LAVIGNE; BOURBONNAIS, 2010; REDONDO RODRÍGUEZ; GRAÑA GÓMEZ, 2015).

A condição de exclusão social, em que vive o homem que não atende aos padrões estabelecidos pela sociedade, também o faz residir nas periferias dos grandes centros urbanos, onde se concentra a maior oferta para o consumo de drogas ilícitas e, conseqüentemente, faz com que estes indivíduos se tornem usuário (BATISTA, 2005; DALPIAZ *et al.*, 2014). A zona urbana, com suas altas taxas de desemprego, pobreza e violência, também se destaca pela elevada prevalência dos casos de uso abusivo de drogas ilícitas (ALLY *et al.*, 2016; CAMARANO; KANSO, 2010; DALPIAZ *et al.*, 2014).

O crack e a maconha têm sido apontados como produtos de consumo que tem maior disponibilidade e circulação nos grandes centros urbanos (ALLY *et al.*, 2016; CHOENNI *et al.*, 2017). Estudos demonstram que 10,0% da população dos grandes centros urbanos consomem substâncias psicoativa, independente da faixa etária, gênero, nível de instrução e poder aquisitivo (CHOENNI *et al.*, 2017; MENDES, 2011).

Os dados de alguns estudos sinalizaram para uma possível relação entre o consumo de drogas entre os parceiros sexuais e a ocorrência de violência (ALLY *et al.*, 2016; GREY *et al.*, 2017; MADRUGA *et al.*, 2017; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017). Em estudo no Quirguistão, 73,0% das mulheres, que consumiam álcool e drogas com seus parceiros, relataram algum tipo vitimização sexual ou física e 60% relataram violência sexual no ano anterior ao estudo (GILBERT *et al.*, 2017).

Neste estudo, a reincidência de agressões ao sexo feminino evidenciou-se como risco potencial para o consumo de drogas ilícitas. Estudo realizado com mulheres em situação de violência doméstica encontrou semelhança com nosso estudo (BUCHHOLZ *et al.*, 2017; CHOENNI *et al.*, 2017; KIENE *et al.*, 2017; RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007). Nos Estado Unidos, as atitudes de papéis de gênero foram significativamente associadas com a violência psicológica e física perpetradas por parceiros íntimos (GREY *et al.*, 2017). Do mesmo modo, no México foi encontrada associação entre relações de gênero desiguais, história de violência e consumo de álcool e drogas pelos parceiros (SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017).

Estudos sinalizam que as mulheres que usam drogas ou álcool com seus parceiros tendem a sofrer mais situações de violência (GILBERT *et al.*, 2017; SANDOVAL-JURADO *et al.*, 2017). Acrescenta-se que a oferta do uso de drogas nas grandes cidades também vitimiza mulheres e, assim, provoca alterações em sua fecundidade e controle de natalidade (DALPIAZ *et al.*, 2014). Desse modo, este estudo identificou a quantidade de filhos (1 a 2) como fator de risco para consumo de drogas entre os homens autores de violência por parceiro íntimo.

Com relação ao relato da posse de arma de fogo, sabe-se que no Brasil 50,0% dos casos de femicídio foram por arma de fogo e, diariamente, ocorrem cerca de 6 assassinatos (DE MOLINER MENEGON *et al.*, 2015; WAISELFISZ, 2015). Paralelo a isto, neste estudo, a maioria dos homens que referiram possuir ou já terem possuído armas de fogo, apresentaram risco para o comportamento altamente impulsivo, bem como, para o consumo problemático de álcool. No Brasil, foi demonstrado que o uso de drogas ilícitas aumentou até 4,5 vezes a probabilidade de ser um criminoso (ALLY *et al.*, 2016; MUNDIA *et al.*, 2016).

Assim, as condições socioeconômicas dos entrevistados, aliadas à cultura do patriarcado, parecem corroborar a perpetuação das agressões, dos conflitos com a Lei, bem como, a manutenção e agravamento do consumo de substâncias (GILCHRIST *et al.*, 2017; SHOREY *et al.*, 2017). Acrescenta-se a isto que, o uso de outras drogas psicoativas e de álcool, assim como a personalidade antissocial, desempenham papel importante na ocorrência da violência por parceiro íntimo (ADAN, 2012; ALLY *et al.*, 2016; HAMILTON *et al.*, 2012; POULOSE; SRINIVASAN, 2009; YARMUSH *et al.*, 2016). Há relatos que comportamentos antissociais e impulsivos parecem ocorrer com mais frequência sob a influência de substâncias psicoativas (BIRKLEY *et al.*, 2013).

Este estudo tem limitações inerentes aos estudos transversais, pela impossibilidade de estabelecer a direção das relações de causa e efeito. Além disso, houve dificuldade de captar outras áreas do estado, limitando-se aos casos que, em sua maioria, pertenciam à comarca do juizado de Fortaleza e Região Metropolitana. Soma-se ao exposto, a dificuldade logística que o estado tem em albergar os homens autores de violência por parceiro íntimo, o que exigiu a multiplicidade de locais para realização das coletas.

Assim sendo, para que a execução da Lei Maria da Penha tenha sucesso, deve-se incluir não só a reclusão do agressor, mas a garantia de assistência para portadores de transtorno de personalidade antissocial, acompanhamento e orientação sobre uso de drogas por ambos os parceiros e proporcionar condições que permitam que estes possam alterar os fatores sociais aos quais estão expostos.

8. CONCLUSÃO

Neste estudo encontrou-se:

- Elevada prevalência de indivíduos altamente impulsivos (40,9%);
- *Elevada prevalência do uso de álcool (82,9%), e do uso de outras drogas nos últimos três meses (52,6% para o tabaco e 38,2% para drogas ilícitas, com elevado consumo semanal/diário de cocaína/crack (60,3%);*
- *Em sua maioria, possuem antecedentes criminais por prática de crimes não compreendidos como violência doméstica, são pardos, da zona urbana, na faixa etária de 31-45 anos, vivem em união estável, possuem baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico;*
- Sofreu algum tipo de violência na vida em especial a violência física e presenciou cenas de violências nos domicílios ainda na infância e adolescência, com maior proporção de agressões físicas entre os pais.

Ao analisar associação ao uso de drogas e impulsividade entre homens autores de VPI no estado do Ceará podemos concluir que estes homens:

- No contexto de múltiplos fatores que conjuntamente explicam significativamente a impulsividade são o baixo grau de instrução, auto-afirmação de ciúmes, uso de drogas ilícitas nos três meses anteriores à pesquisa e não ser a primeira vez que agrediu uma mulher.
- No contexto de múltiplos fatores que conjuntamente explicam significativamente o consumo de risco de álcool são a zona de nascimento, uso de risco de tabaco, auto-afirmação de ciúmes e já ter sido casado ou amasiado.
- No contexto de múltiplos atores que conjuntamente explicam significativamente o consumo de risco de drogas nos últimos 3 meses são a raça percebida, a zona de nascimento, ter 1 ou 2 filhos), possuir ou já ter possuído arma de fogo e não ser a primeira vez que agride uma mulher.

Diante dos achados e compreendendo que o déficit de informações sobre o homem agressor do parceiro íntimo impede uma ação mais efetiva na redução/eliminação da violência conjugal, recomendamos:

- O desenvolvimento de políticas públicas interdisciplinares e intersetoriais que possam influenciar na redução do consumo de álcool drogas bem como o tratamento psicológico dos autores de violência contra mulher, conforme sugerido na Lei Maria da Penha;
- A efetiva incorporação das temáticas de gênero e prevenção de violência no âmbito escolar;
- O desenvolvimento de estudos que investiguem os aspectos relacionados aos homens agressores.

REFERÊNCIAS

- ADAN et al. Relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. **Chronobiol Int**, v. 27, n. 3, p. 606-19, May 2010.
- ADAN et al. Relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. **Chronobiology international**, v. 27, n. 3, p. 606-619, 2010.
- ADAN, A. [Functional and dysfunctional impulsivity in young binge drinkers]. **Adicciones**, v. 24, n. 1, p. 17-22, 2012.
- ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.
- AHO, J. et al. High acceptability of HIV voluntary counselling and testing among female sex workers: impact of individual and social factors. **HIV Med**, v. 13, n. 3, p. 156-65, Mar 2012.
- ALLY, E. Z. et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 38, n. 2, p. 98-105, 2016 Apr-Jun 2016.
- ALMEIDA, R. M. M. D. et al. Uso de álcool, drogas, níveis de impulsividade e agressividade em adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico**, v. 45, n. 1, p. 65-72, 2014.
- ANDRADE, S. S. C. D. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1725-1736, 2012.
- ANKER, J. J. et al. Impulsivity predicts the escalation of cocaine self-administration in rats. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 93, n. 3, p. 343-348, 2009.
- ARORA, P. et al. Female sex work interventions and changes in HIV and syphilis infection risks from 2003 to 2008 in India: a repeated cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 3, n. 6, 2013.
- BARBOSA, L. G.; VIDAL, M. C. R.; TAMBELLINI, A. T. A postura sentada e a motricidade humana no contexto da criança escolar: a mochila não é a única responsável pelos problemas posturais. **Fisioter. Bras**, v. 7, n. 4, p. 244-249, 2006.
- BARRIENTOS, J. E. et al. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 8, p. 1777-84, Aug 2007.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 71-80, 2005.

BEYDOUN, H. A. et al. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. **J Womens Health (Larchmt)**, v. 26, n. 2, p. 141-151, Feb 2017.

BIRKLEY, E. L.; GIANCOLA, P. R.; LANCE, C. E. Psychopathy and the prediction of alcohol-related physical aggression: the roles of impulsive antisociality and fearless dominance. **Drug Alcohol Depend**, v. 128, n. 1-2, p. 58-63, Feb 2013.

BRAGA BATISTA E SILVA, M. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, 2016.

BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado**, 1988.

_____. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, 2001.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, 2003.

_____. PORTARIA Nº 2.406, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2004: Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, 2004.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal ea Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL, C. D. C. E. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)** 2015.

BUCHHOLZ, K. R. et al. Associations between PTSD and intimate partner and non-partner aggression among substance using veterans in specialty mental health. **Addict Behav**, v. 64, p. 194-199, Jan 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. PNAD 2009: primeiras análises: tendências demográficas. 2010.

CARVALHO, J. Mapa da violência 2013: Brasil mantém taxa de 20, 4 homicídios por 100 mil habitantes. **Brasília, mar**, 2013.

- CEARÁ. Secretaria da Saúde. Atualização semanal das doenças de notificação compulsória. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/doencas-de-notificacao-compulsoria>>. Acesso em 11 mai. 2016.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2016. 2016.
- CHIN, T. et al. Diagnosing HIV Infection in Primary Care Settings: Missed Opportunities. **AIDS Patient Care STDS**, v. 27, n. 7, p. 392-7, Jul 2013.
- CHISHOLM, C. A.; BULLOCK, L.; FERGUSON, J. E. J. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. **Am J Obstet Gynecol**, May 2017.
- CHOENNI, V.; HAMMINK, A.; VAN DE MHEEN, D. Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. **Trauma Violence Abuse**, v. 18, n. 1, p. 37-50, Jan 2017.
- COSTA, A. L. et al. Pathological jealousy: romantic relationship characteristics, emotional and personality aspects, and social adjustment. **J Affect Disord**, v. 174, p. 38-44, Mar 2015.
- CRANE, C. A. et al. Comorbid substance use diagnoses and partner violence among offenders receiving pharmacotherapy for opioid dependence. **J Addict Dis**, v. 35, n. 3, p. 205-11, 2016 Jul-Sep 2016.
- DA SILVA, A. C. L. G.; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2014.
- DA VIOLÊNCIA, M. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil** 2014.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1163-1178, 2006.
- DALPIAZ, A. K. et al. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia**, p. 56-71, 2014.
- DAVIS, K. C. et al. Distal and Proximal Influences on Men's Intentions to Resist Condoms: Alcohol, Sexual Aggression History, Impulsivity, and Social-Cognitive Factors. **AIDS Behav**, v. 20 Suppl 1, p. S147-57, Jan 2016.
- DE MOLINER MENEGON, K. et al. Homicídio resultante de violência contra a mulher: uma revisão integrativa/Homicide resultant from violence against women: an integrative review/Homicídio resultante de violência contra la mujer: una revisión integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 10, n. 2, 2015.
- DEERING, K. N. et al. Condom use within non-commercial partnerships of female sex workers in southern India. **BMC Public Health**, v. 11 Suppl 6, p. S11, 2011.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUARTE, P.; STEPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. Relatório brasileiro sobre drogas. **Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça**, 2009.

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.

FRANK, S.; COELHO, E. B. S.; BOING, A. F. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 5, p. 376-381, 2010.

FRAZIER, T.; YOUNT, K. M. Intimate partner violence screening and the comparative effects of screening mode on disclosure of sensitive health behaviours and exposures in clinical settings. **Public Health**, v. 143, p. 52-59, Feb 2017.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. D. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015.

GILBERT, L. et al. Feasibility and preliminary effects of a screening, brief intervention and referral to treatment model to address gender-based violence among women who use drugs in Kyrgyzstan: Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety). **Drug Alcohol Rev**, v. 36, n. 1, p. 125-133, Jan 2017.

GILCHRIST, E. A. et al. Alcohol use, alcohol-related aggression and intimate partner abuse: A cross-sectional survey of convicted versus general population men in Scotland. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, n. 1, p. 20-23, Jan 2017.

GRAYMAN, J. H. et al. Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. **AIDS Behav**, v. 9, n. 1, p. 41-51, Mar 2005.

GREST, C. V.; AMARO, H.; UNGER, J. Longitudinal Predictors of Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization in Latino Emerging Adults. **J Youth Adolesc**, Apr 2017.

HAMILTON, K. R.; SINHA, R.; POTENZA, M. N. Hazardous drinking and dimensions of impulsivity, behavioral approach, and inhibition in adult men and women. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 36, n. 6, p. 958-66, Jun 2012.

HOHL, B. C. et al. Association of Drug and Alcohol Use With Adolescent Firearm Homicide at Individual, Family, and Neighborhood Levels. **JAMA Intern Med**, v. 177, n. 3, p. 317-324, Mar 2017.

HORTA, R. L. et al. Health promotion in school environment in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

IDE, J. S. et al. Sex differences in the interacting roles of impulsivity and positive alcohol expectancy in problem drinking: A structural brain imaging study. **Neuroimage Clin**, v. 14, p. 750-759, 2017.

ILOMÄKI, J. et al. Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the FinDrink study. **European journal of public health**, v. 20, n. 2, p. 133-138, 2010.

KIENE, S. M. et al. Depression, alcohol use, and intimate partner violence among outpatients in rural Uganda: vulnerabilities for HIV, STIs and high risk sexual behavior. **BMC Infect Dis**, v. 17, n. 1, p. 88, Jan 2017.

KRUG, E. G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde Genebra, 2002. ISBN 9241545615.

LAVIGNE, E.; BOURBONNAIS, R. Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. **Int J Law Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 122-9, 2010 Mar-Apr 2010.

LEITE, F. M. C. et al. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. **Revista de saude publica**, v. 51, 2017.

LEITE, F. M. C. et al. Violence against women: featuring the victim, aggression and the author. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2181-2191, 2015.

LEONE, R. M. et al. Problematic drinking, impulsivity, and physical IPV perpetration: A dyadic analysis. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 30, n. 3, p. 356, 2016.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. **Physis (Rio J.)**, p. 721-743, 2011.

MADRUGA, C. S. et al. Pathways from witnessing parental violence during childhood to involvement in intimate partner violence in adult life: The roles of depression and substance use. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, n. 1, p. 107-114, Jan 2017.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA, J., HERCÍLIO PEREIRA DA. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 276-282, 2005.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 99-105, 2010.

MALTA, D. C. et al. Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brazil, Vigitel 2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 238-255, 2015.

MARTIN, M. S. et al. The incidence and prediction of self-injury among sentenced prisoners. **Can J Psychiatry**, v. 59, n. 5, p. 259-67, May 2014.

MÁSSIMO, E. D. A. L.; SOUZA, H. N. F. D.; FREITAS, M. I. D. F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MCCABE, R. E. et al. Smoking behaviors across anxiety disorders. **Journal of anxiety disorders**, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2004.

MCMAHON, S. D. et al. Aggressive and prosocial behavior: Community violence, cognitive, and behavioral predictors among urban African American youth. **American Journal of Community Psychology**, v. 51, n. 3-4, p. 407-421, 2013.

MÉLLO, R. P.; LIMA, M. L. C. Algumas considerações sobre os homens no contexto da violência contra a mulher. 2013.

MENDES, E. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. **As redes de atenção à saúde. Brasília: OMS**, 2011.

MENTING, B. et al. Cognitive impulsivity and the development of delinquency from late childhood to early adulthood: Moderating effects of parenting behavior and peer relationships. **Development and psychopathology**, v. 28, n. 01, p. 167-183, 2016.

MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad Saúde Pública**, p. 35-42, 1998.

MINAYO, M. D. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. **Impactos da violência na saúde**, v. 2, p. 21-42, 2009.

MOURA, L. B. A.; VASCONCELOS, A. M. N. Violências contra mulheres por parceiros íntimos no Varjão, Distrito Federal. **Anais**, p. 1-16, 2016.

MUNDIA, L. et al. Contributions of sociodemographic factors to criminal behavior. **Psychol Res Behav Manag**, v. 9, p. 147-56, 2016.

NICCOLAI, L. M. et al. Clients of street-based female sex workers and potential bridging of HIV/STI in Russia: results of a pilot study. **AIDS Care**, v. 24, n. 5, p. 665-72, 2012.

NOVAK, R. M. et al. Risk behavior among women enrolled in a randomized controlled efficacy trial of an adenoviral vector vaccine to prevent HIV acquisition. **AIDS**, v. 27, n. 11, p. 1763-1770, Jul 2013.

OMS, O. M. D. S.-. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**: Organização Mundial da Saúde Washington DC 2012.

OSTERNE, M. D. S. F. O sentido da violência e as especificidades da violência contra a mulher no contexto das relações de gênero. **O público e o privado**, n. 8, 2012.

PARROTT, D. J. et al. Deconstructing the associations between executive functioning, problematic alcohol use and intimate partner aggression: A dyadic analysis. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, n. 1, p. 88-96, Jan 2017.

POULOSE, B.; SRINIVASAN, K. High risk behaviours following alcohol use in alcohol dependent men. **Indian J Med Res**, v. 129, n. 4, p. 376-81, Apr 2009.
Prevenir, Convenção Interamericana Para. Punir E Erradicar a Violência Contra a Mulher—Convenção De Belém Do Pará, 1994.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. D. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 970-978, 2007.

REDONDO RODRÍGUEZ, N.; GRAÑA GÓMEZ, J. L. Alcohol consumption, illicit substances, and intimate partner violence in a sample of batterers in psychological treatment. **Adicciones**, v. 27, n. 1, p. 27-36, Mar 2015.

RICE, T. R. Violence among young men: the importance of a gender-specific developmental approach to adolescent male suicide and homicide. **Int J Adolesc Med Health**, v. 27, n. 2, p. 177-81, May 2015.

ROSA, A. G. D. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde soc**, v. 17, n. 3, p. 152-160, 2008.

SANDOVAL-JURADO, L. et al. [Intimate partner violence. Types and risk in primary care health users in Cancun, Quintana Roo, Mexico]. **Aten Primaria**, Feb 2017.

SANTOS, A. P. C. A. D.; WITECK, G. Violência doméstica e familiar contra a mulher. **Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2016.

SANTOS, D. J. D. S. et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental press j. orthod.(Impr.)**, v. 15, n. 3, p. 121-124, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 727-729, 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil]. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 797-807, Oct 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface comun saúde educ**, v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SENAD, S. N. A.-. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**: Secretaria Nacional Antidrogas Brasília 2007.

SHARMA, L.; MARKON, K. E.; CLARK, L. A. **Toward a theory of distinct types of "impulsive" behaviors: A meta-analysis of self-report and behavioral measures**: American Psychological Association 2014.

SHOREY, R. C. et al. Cannabis use and dating violence among college students: A call for research. **Drug Alcohol Rev**, v. 36, n. 1, p. 17-19, Jan 2017.

SILVA, A. C. D. et al. Application of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) instrument: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.

SILVA, A. C. L. G. D.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 35, n. 4, p. 278-283, 2014.

SWANSON, J. W. et al. Guns, Impulsive Angry Behavior, and Mental Disorders: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **Behavioral sciences & the law**, v. 33, n. 2-3, p. 199-212, 2015.

TELES, M. A. D. A.; MELO, M. D. **O que é violência contra a mulher**. Editora Brasiliense, 2002. ISBN 8511000631.

THOMPSON, M. P.; SWARTOUT, K. Epidemiology of Suicide Attempts among Youth Transitioning to Adulthood. **J Youth Adolesc**, Apr 2017.

THYLSTRUP, B.; HESSE, M. Impulsive lifestyle counseling to prevent dropout from treatment for substance use disorders in people with antisocial personality disorder: A randomized study. **Addict Behav**, v. 57, p. 48-54, Jun 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. Observatório da violência contra a mulher. 2008. Disponível em: <www.observem.com/interno.php?pag=textos&id=10>. Acesso em 20 mai. 2015.

VARGAS, D. D.; BITTENCOURT, M. N.; BARROSO, L. P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 17-25, 2014.

VERDEJO-GARCÍA, A.; LAWRENCE, A. J.; CLARK, L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 32, n. 4, p. 777-810, 2008.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015. **Atualização: homicídios de mulheres no Brasil**, 2015.

_____. **MAPA DA VIOLÊNCIA 2016. HOMICÍDIOS POR ARMAS DE FOGO NO BRASIL**: 71 p. 2015.

WELLAUSEN, R. S. **Avaliação dos fatores associados ao uso de álcool e drogas na criminalidade: um estudo no sistema penitenciário**. 2009. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHITE, H. R. et al. Moderators of the dynamic link between alcohol use and aggressive behavior among adolescent males. **Journal of abnormal child psychology**, v. 41, n. 2, p. 211-222, 2013.

WHO, W. H. O.-. Global status report on alcohol 2004. 2004.

YARMUSH, D. E. et al. Gender and Impulsivity: Effects on Cue-Induced Alcohol Craving. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 40, n. 5, p. 1052-7, May 2016.

YU, R.; GEDDES, J. R.; FAZEL, S. Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. **Journal of personality disorders**, v. 26, n. 5, p. 775-792, 2012.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.

ZIROLDO, N. L. Correlações Entre Abuso de Drogas e Violência. **Revista Visão Universitária**, v. 2, n. 1, 2015.

ANEXOS

ANEXO A – ASSIT

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
 b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
 c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
 d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
 e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
 f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
 g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
 h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
 j. **outras** – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES		MENSALMENTE		SEMANALMENTE		DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
		0	5	6	7	8	9	10	
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8				
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8				
c. maconha	0	5	6	7	8				
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8				
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8				
f. inalantes	0	5	6	7	8				
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8				
h. alucinógenos	0	5	6	7	8				
i. opióides	0	5	6	7	8				
j. outras, especificar	0	5	6	7	8				

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	
		0	6
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	
		0	6
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

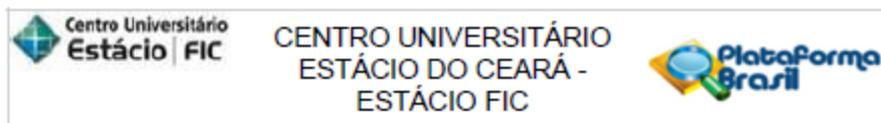
ANEXO B – Barratt Impulsiveness Scale - BIS 11

Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu faço coisas sem pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu tomo decisões rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu não presto atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho autocontrole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me concentro facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu falo coisas sem pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu troco de emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu ajo por impulso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu ajo no "calor" do momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu troco de casa (residência).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu compro coisas por impulso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu me preparo para o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E POTENCIAIS DETERMINANTES: ENFOQUE PARA O USO DE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E A

Pesquisador: Marcos Silva dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57787316.1.0000.5038

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO CEARA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

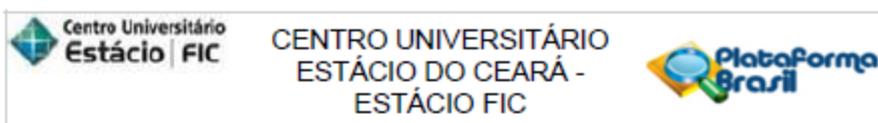
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.691.242

Apresentação do Projeto:

Os homens são apontados como os principais perpetradores de VPI. O Estado do Ceará ocupa a oitava posição no ranking brasileiro de homicídios femininos e sua capital é a quarta cidade com maior taxa de morte violenta de mulheres, superando os valores estimados para a taxa nacional. A Lei Maria da Penha é o instrumento jurídico mais difundido no combate à violência contra a mulher que assegura medidas protetivas para as mulheres e prisão aos agressores, bem como sugere o acesso a programas de recuperação e reeducação aos homens autores de VPI. Diante dos crescentes números de casos de VPI, diversos setores desenvolvem pesquisas a fim de contribuir para o enfrentamento e redução dos casos de violência por parceiro íntimo. Sabe-se que a VPI desenvolve-se genericamente em um contexto de machismo, ciúmes e alcoolismo. Contudo, a escassez de produções científicas que investiguem as dimensões de singularidades masculinas e a dinâmica da VPI deixa lacunas na compreensão do tema. O presente estudo busca responder questões relacionadas ao uso de drogas, comportamentos impulsivos e os fatores associados à violência física entre pelos homens que estejam respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce, sob a acusação de terem praticado violência conjugal contra suas parceiras, no Estado do Ceará. Trata-se de um estudo seccional exploratório a ser realizado com população masculina pelos homens que estejam respondendo

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Becco,600
Bairro: Água Fria **CEP:** 60.210-170
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3270-6775 **Fax:** (85)3270-6775 **E-mail:** cep@fic.br



Continuação do Parecer: 1.691.242

processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce, sob a acusação de terem praticado violência conjugal contra suas parceiras.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as características sociodemográficas dos homens autores de VPI;

Estimar a prevalência do uso de álcool e outras drogas correlacionando com o nível de impulsividade entre os autores de VPI.

Definir o nível de impulsividade dos homens autores de VPI;

Descrever o histórico de violência sofrida e perpetrada dos homens autores de VPI;

Analisar a associação os fatores sócio demográficos, uso de drogas, comportamentos impulsivos e a perpetração de violência física entre homens autores de VPI no estado do Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Compatíveis com o estudo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e atual

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigados

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as pendências (Inseriu no TCLE os riscos e benefícios)

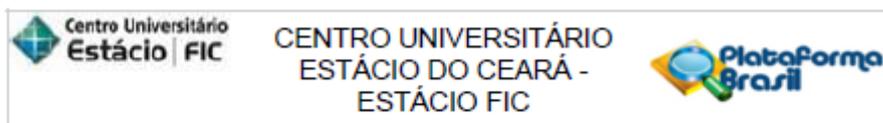
Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá enviar relatório após a finalização da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_745465.pdf	12/08/2016 10:36:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.pdf	12/08/2016 10:36:35	Marcos Silva dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Becco,600
 Bairro: Água Fria CEP: 60.210-170
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3270-6775 Fax: (85)3270-6775 E-mail: cep@fic.br



Continuação do Parecer: 1.891.242

Justificativa de Ausência	tcle.pdf	12/08/2016 10:36:35	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/08/2016 10:35:17	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	fderosto.pdf	08/07/2016 23:44:06	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	29/06/2016 07:46:41	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	28/08/2016 23:21:23	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/08/2016 15:44:51	Marcos Silva dos Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/08/2016 15:43:36	Marcos Silva dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Agosto de 2016

Assinado por:
Rogério da Silva e Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Becco,600
Bairro: Água Fria CEP: 60.210-170
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3270-6775 Fax: (85)3270-6775 E-mail: cep@fic.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Declaração de instituição e infraestrutura para coleta de dados de pesquisas envolvendo seres humanos

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares e que esta instituição possui infraestrutura adequada e tem condições para o desenvolvimento do projeto de pesquisa **VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E POTENCIAIS DETERMINANTES: ENFOQUE PARA O USO DE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E A IMPULSIVIDADE**, autorizo sua execução pelo pesquisador Marcos Silva dos Santos.

Nome da instituição: Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará

Nome completo do responsável legal:

Cargo:

Assinatura:

Data:

APÊNDICE B – Termo de confidencialidade

Os pesquisadores, abaixo firmados, asseguram que o caráter anônimo dos **detentos** será mantido e que suas identidades serão protegidas.

Os **questionários submetidos ao patrocinador não serão identificados pelo nome**, mas por um código.

Os pesquisadores manterão um registro de inclusão dos **homens que estejam respondendo processo judicial no Juizado da Violência Doméstica e Familiar da comarca de Fortaleza-Ce, sob a acusação de terem praticado violência conjugal contra suas parceiras** de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio, e os formulários de **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** assinados pelos **voluntários do estudo** serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

Asseguramos que os **detentos** receberão uma cópia do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Marcos Silva dos Santos

Assinatura:

Data:

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, ...*(nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG)*, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: **violência praticada por parceiro íntimo e potenciais determinantes: enfoque para o uso de álcool, outras drogas e a impulsividade**, cujos objetivos e justificativas são: **Analisar a violência praticada por parceiro íntimo e seus potenciais determinantes, com o enfoque voltado para o uso de álcool e outras drogas e a impulsividade.**

A minha participação no referido estudo será no sentido de **contribuir com informações acerca do motivo da prisão e vivências anteriores.**

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: **conhecimento para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias para o enfrentamento da violência por parceiro íntimo no Estado do Ceará.**

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, **fui informado do possível constrangimento em relatar questões que podem gerar traumas, se não conduzidas corretamente**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: **fazer o auto preenchimento do questionário.**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são **Marcos Silva dos Santos** e com eles poderei manter contato pelos telefones (85) 98793-1162

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: **mediante depósito em conta-corrente do voluntário ou de seu representante legal.** De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o **CEP PUCPR (41) 3271-2292** ou mandar um *email* para *nep@pucpr.br*

Itaitinga, ____ de _____ de 2016.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Marcos Silva dos Santos

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(Responsáveis)

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

Dados da coleta:

Pesquisador: _____ Data _____ / _____ / _____ Questionário nº. _____

1. BLOCO CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS

1.1. Qual a sua Idade em anos completos?

1.2. Você se considera ser de qual raça

1. preta
2. parda
3. branca
4. amarela
5. indígena
6. outro
7. NSNQR

1.3. Em qual região você nasceu?

1. Zona urbana
2. Zona rural

1.4. Qual a sua religião?

1. Não tenho religião ou crença
2. Católica
3. Evangélica
4. Espírita
5. Outro(a)
6. NSNQR

1.5. Qual o seu grau de instrução?

0	Analfabeto / Fundamental I incompleto
1	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
2	Fundamental II completo / Médio incompleto
3	Médio completo / Superior incompleto
4	Superior completo

1.6. Antes de ser preso você tinha alguma ocupação?

1. sim
2. não

1.7. Se sim, qual o tipo desta ocupação?

1. formal (carteira assinada ou outro vínculo empregatício)
2. informal

1.8. Qual era a sua renda mensal antes de ser preso?

1. Sem rendimento
2. Até 1 salário mínimo (R\$ 880)
3. Mais de 1 a 2 salários mínimos (R\$ 880 a R\$ 1.760,00)
4. Mais de 2 a 3 salários mínimos (De R\$ 1.760,01 a R\$ 2.640,00)
5. Mais de 3 a 5 (R\$ 2.640,01 a R\$ 4.400,00)
6. Mais de 5 a 10 (R\$ 4.400,01 a R\$ 8.800,00)
7. Mais de 10 a 20 (R\$ 8.800,01 a R\$ 17.600,00)
8. Acima 20 salários mínimos (R\$ 17. ou mais)
9. NSNQR

1.9. Você é a principal fonte de renda de sua família?

1. Sim
2. Não

1.10. Qual a renda familiar mensal de sua família?

1. Sem rendimento
2. Até 1 salário mínimo (R\$ 880)
3. Mais de 1 a 2 salários mínimos (R\$ 880 a R\$ 1.760,00)
4. Mais de 2 a 3 salários mínimos (De R\$ 1.760,01 a R\$ 2.640,00)
5. Mais de 3 a 5 (R\$ 2.640,01 a R\$ 4.400,00)
6. Mais de 5 a 10 (R\$ 4.400,01 a R\$ 8.800,00)
7. Mais de 10 a 20 (R\$ 8.800,01 a R\$ 17.600,00)
8. Acima 20 salários mínimos (R\$ 17. ou mais)
9. NSNQR

1.11. Você sofre pressões em seu trabalho?

1. Sim
2. Não

1.12. Você já foi casado/amasiado?

1. Sim
2. Não

1.13. Qual o seu estado civil atual

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Solteiro | 5. <input type="checkbox"/> Desquitado ou divorciado |
| 2. <input type="checkbox"/> Possui parceira fixa | 6. <input type="checkbox"/> Viúvo |
| 3. <input type="checkbox"/> Casado ou união estável | 7. <input type="checkbox"/> Outro(a) |
| 4. <input type="checkbox"/> Separado | 8. <input type="checkbox"/> NSNQR |

1.13.1. Se casado ou com parceira fixa possui algum outro relacionamento fora do que considera fixo?

1. Sim
2. Não

1.14. Você se identifica como uma pessoa ciumenta?

1. Sim
2. Não
3. às vezes

1.15. E sua parceira, você a considera uma pessoa ciumenta?

1. Sim
2. Não
3. às vezes

1.16. Você tem filhos?

1. Sim
2. Não

1.16.2. Se sim, quantos do atual relacionamento

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 | 4. <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. <input type="checkbox"/> 2 | 5. <input type="checkbox"/> mais de 4 |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 | |

1.16.3. Quantos de outros relacionamentos

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 | 4. <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. <input type="checkbox"/> 2 | 5. <input type="checkbox"/> mais de 4 |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 | |

1.16.4. Sua parceira possui filho(os) de outros relacionamentos?

1. Sim
2. Não

1.17. Quantas e quais são as pessoas que moram com você? (pode marcar mais de um e informar a quantidade)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> cônjuge | 6. <input type="checkbox"/> sogra |
| 2. <input type="checkbox"/> filhos _____ | 7. <input type="checkbox"/> sogro |
| 3. <input type="checkbox"/> mãe | 8. <input type="checkbox"/> cunhados _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> pai | 9. <input type="checkbox"/> amigos _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> irmãos _____ | 10. <input type="checkbox"/> sozinho |

1.18. No seu domicílio tem

	Não possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

1.19. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

1.20. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

2. BLOCO IMPULSIVIDADE

Agora vamos falar sobre como você controla seus impulsos

	RARAMENTE NUNCA	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE QUASE SEMPRE
2.1. Você planeja as suas atividades com cuidado				
2.2. Você faz as coisas sem pensar				
2.3. Você é despreocupado, "cuca fresca"				
2.4. Meus pensamentos são rápidos				
2.5. Você planeja suas saídas ou passeios com antecedência				
2.6. Você é uma pessoa controlada				

2.7. Você se concentra com facilidade				
2.8. Você tem facilidade para economizar dinheiro				
2.9. Você acha difícil ficar sentado por muito tempo				
2.10. Você costuma pensar com cuidado em tudo				
2.11. Você quer ter um trabalho fixo para poder pagar as suas despesas				
2.12. Você fala as coisas sem pensar				
2.13. Você gosta de ficar pensando sobre problemas complicados				
2.14. Você gosta de ficar pensando sobre problemas complicados				
2.15. Você troca de trabalho freqüentemente ou não fica muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes)				
2.16. Você faz as coisas no impulso				
2.17. Você se cansa com facilidade tentando resolver problemas mentalmente.				
2.18. Você se cuida para não ficar doente				
2.19. Você tenta pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão				
2.20. Você troca de casa com freqüência ou não gosta de viver no mesmo lugar por muito tempo				
2.21. Você compra coisas impulsivamente, sem pensar				
2.22. Você termina o que começou				
2.23. Você caminha e se movimenta rápido				
2.24. Você resolve os problemas com tentativa e erro				
2.25. Você gasta mais do que ganha ou do que pode				
2.26. Você fala rápido				
2.27. Enquanto você está pensando um uma coisa, é comum que outras idéias lhe venham à cabeça ao mesmo tempo				
2.28. Você se interessa mais pelo presente do que pelo futuro				
2.29. Você se sente inquieto em aulas ou palestras				
2.30. Você faz planos para o futuro				

3. BLOCO ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Agora vamos falar sobre consumo de álcool e outras drogas.

3.1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?

1. derivados do tabaco
2. bebidas alcoólicas

3. maconha
4. cocaína, crack
5. anfetaminas ou êxtase
6. inalantes
7. hipnóticos/sedativos
8. alucinógenos
9. opióides
10. outras, especificar

3.2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					
Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					
Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					

Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					
Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado reocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					
Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MMENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS DIAS
Derivados Do Tabaco					
Bebidas Alcoólicas					
Maconha					
Cocaína, Crack					

Anfetaminas Ou Êxtase					
Inalantes					
Hipnóticos/Sedativos					
Alucinógenos					
Opióides					
Outras, Especificar					

3.8. Alguma vez você já usou drogas por injeção?

1. não, nunca.
2. sim, nos últimos 3 meses.
3. sim, mas não nos últimos 3 meses

4. BLOCO HISTÓRICO DE VIOLÊNCIAS E CONFLITOS COM A LEI

Agora vamos falar um pouco sobre as situações de violência que você já passou em sua vida.

4.1. Alguma vez você viu cenas de violência no seu domicílio quando era criança ou adolescente?

1. Sim
2. Não
3. NSNQR

4.1.1. Se sim, qual tipo de violência?

1. Física (lesões internas ou externas)
2. Psicológica (humilhações, chantagem, ridicularização, dano à auto-estima)
3. Sexual (relações forçadas, sem consentimento)

4.1.2. Quem era o agressor?

1. Pai/Mãe
2. Padrasto/Madrasta
3. Pessoa da família que mora/morou com você
4. Pessoa da família que não mora/morou com você
5. Algum conhecido/ amigo
6. Estranhos
7. Outro(a)

4.1.3. Quem era a vítima?

1. Pai/Mãe
2. Padrasto/Madrasta
3. Pessoa da família que mora/morou com você
4. Pessoa da família que não mora/morou com você
5. Algum conhecido/ amigo
6. Estranhos
7. Outro(a)

4.2. Você já sofreu violência física?

1. Sim
2. Não
3. NSNQR

4.2.1. Se sim, quantos anos você tinha quando fizeram isso com você?

1. Entre 0 e 9 anos
2. Entre 10 e 19 anos
3. Entre 20 e 59 anos
4. Com 60 anos ou mais
5. NSNQR

4.2.2. Quem foi o agressor?

- a. Pai/Mãe
- b. Padrasto/Madrasta
- c. Filho (s)
- d. Pessoa da família que mora/morou com você
- e. Pessoa da família que não mora/morou com você

- f. Companheira, namorada
 g. ex-companheira, ex-namorada
 h. Algum conhecido/amigo
 i. Estranhos
 j. Policiais na rua
 k. Outro(a)

4.3. Você já sofreu violência psicológica, ou seja, já foi ameaçado, humilhado, chantageado, perseguido, ridicularizado, impedido de ver algum familiar ou prenderam você em casa?

1. Sim
 2. Não
 3. NSNQR

4.3.1. Se sim, quantos anos você tinha quando isso aconteceu?

1. Entre 0 e 9 anos
 2. Entre 10 e 19 anos
 3. Entre 20 e 59 anos
 4. Com 60 anos ou mais
 5. NSNQR

4.3.2. Quem fez isso com você

1. Pai/Mãe
 2. Padrasto/Madrasta
 3. Filho (s)
 4. Pessoa da família que mora/morou com você
 5. Pessoa da família que não mora/morou com você
 6. Companheira, namorada
 7. ex-companheira, ex-namorada
 8. Algum conhecido/amigo
 9. Estranhos
 10. Policiais na rua
 11. Outro(a)

4.4. Você já sofreu violência sexual?

1. Sim
 2. Não
 3. NSNQR

4.4.1. Se sim, quantos anos você tinha quando isso aconteceu?

1. Entre 0 e 9 anos
 2. Entre 10 e 19 anos
 3. Entre 20 e 59 anos
 4. Com 60 anos ou mais
 5. NSNQR

4.4.2. Quem foi o autor dessa violência?

1. Pai/Mãe
 2. Padrasto/Madrasta
 3. Pessoa da família que mora/morou com você
 4. Pessoa da família que não mora/morou com você
 5. Companheira, namorada
 6. ex-companheira, ex-namorada
 7. Algum conhecido/amigo
 8. Estranhos
 9. Outro(a)

4.5. Quantos anos você tinha quando foi preso a primeira vez?

1. menos de 18 anos
 2. mais de 18 anos

4.6. Se já foi preso antes, qual o motivo das prisões anteriores?

- Violência doméstica Outros delitos

4.7. Por qual tipo de violência você está preso?

- Patrimonial Moral Sexual Psicológica Física

4.8. Foi a primeira vez que você agrediu uma mulher?

- Sim Não

4.9. Foi a primeira vez que você agrediu a vítima da atual prisão?

- Sim Não

4.10. Você estava sob o efeito de álcool ou outras drogas no dia em que a agrediu?
 Sim Não

4.11. Por que você a agrediu?

1. ciúmes
2. não aceita o fim do relacionamento
3. estava sob efeito de álcool e/ou outras drogas

4.12. Você possui ou já possuiu arma de fogo?

Sim, possuo Sim, já possuí Não possuo e nunca possuí Não possuo, mas já possuí.