

Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil

Franciele Marabotti Costa Leite^I, Maria Helena Costa Amorim^{II}, Fernando C Wehrmeister^{III},
Denise Petrucci Gigante^{IV}

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, ES, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{IV} Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária.

MÉTODOS: Estudo transversal, realizado em 26 unidades de saúde do município de Vitória, no Espírito Santo, de março a setembro de 2014. Foram entrevistadas 991 usuárias de 20 a 59 anos. Para classificar as violências psicológica, física e sexual foi utilizado o instrumento da Organização Mundial de Saúde sobre violência contra a mulher e um questionário foi elaborado para investigar as características sociodemográficas, comportamentais e de história familiar e de vida da mulher. As análises estatísticas utilizadas foram: regressão de Poisson, teste exato de Fisher e Qui-quadrado.

RESULTADOS: As prevalências observadas foram: psicológica 25,3% (IC95% 22,6–28,2); física 9,9% (IC95% 8,1–11,9) e sexual 5,7% (IC95% 4,3–7,3). A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas, enquanto a agressão física esteve relacionada à idade, escolaridade, situação conjugal e a história materna de violência por parceiro íntimo. A violência sexual foi mais frequente nas mulheres de menor renda e que sofreram abuso sexual na infância.

CONCLUSÕES: As violências psicológica, física e sexual apresentaram alta magnitude entre as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária de saúde. Fatores sociodemográficos, comportamentais e experiências pessoal e materna de violência influenciam a ocorrência do fenômeno.

DESCRITORES: Mulheres Agredidas. Violência contra a Mulher. Maus-Tratos Conjugais. Violência por Parceiro Íntimo. Violência Doméstica. Relações Familiares. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

Correspondência:

Franciele Marabotti Costa Leite
Departamento de
Enfermagem – UFES
Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe
29040-090 Vitória, ES, Brasil
francielemarabotti@gmail.com

Recebido: 9 nov 2015

Aprovado: 7 mar 2016

Como citar: Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51:33.

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



INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multicausal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define esse agravo como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação²⁴. Reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, a violência quando cometida contra as mulheres, geralmente ocorre em âmbito privado e tem como principal agressor o parceiro íntimo. Assim, este fato remete à mulher a uma relação íntima acompanhada de agressões físicas, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores¹³.

A violência pode acarretar danos importantes à vítima, até a morte em algumas situações. O Mapa da Violência mostra que o Brasil ocupou a quinta posição entre os países com maior taxa de homicídios por 100 mil mulheres em 2013. O Espírito Santo esteve na segunda posição dentre os estados brasileiros, e o município de Vitória possui o maior risco de morte de mulheres por homicídios em relação às capitais²³.

A violência contra a mulher constitui-se em uma complexa rede de associação e pode apresentar variações em diferentes locais nos quais acontece⁶. Esse fenômeno envolve a interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais¹². Aspectos ligados às questões de gênero têm grande influência, uma vez que esse tipo de abuso está ligado à posição desigual das mulheres nos relacionamentos, e ao “direito” masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos, de modo que, quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo, se estabelece a violência⁹.

Conforme estudo⁶ realizado em vários países, intitulado WHO *multi-country study on women's health and domestic violence against women*, entre 15% e 71% das mulheres já experimentaram algum tipo de violência física ou sexual, ou ambos, cometida pelo parceiro íntimo; as menores proporções foram encontradas no Japão e as maiores na Etiópia⁷. O Brasil participou desse estudo com a realização da pesquisa nas regiões de São Paulo, SP, e Zona da Mata, PE, com prevalência de violência 29% e 37% respectivamente⁶.

Grande parte das vítimas de violência conjugal física não procura nenhum tipo de ajuda e, quando o faz, recorre primeiro às pessoas mais próximas, seguido de instituições como polícia, serviços específicos para vítimas de violência doméstica e profissionais da saúde⁴. Neste contexto, as unidades de saúde constituem-se como espaço privilegiado para rastreamento dos casos de violência. Neste ambiente, ocorre acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida. A unidade de saúde enseja uma relação mais próxima com a comunidade, dirigindo-se aos problemas comuns de saúde que, muitas vezes, podem estar associados à violência contra a mulher²¹.

Desse modo, o presente estudo teve o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas em serviços de atenção primária.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado em 26 Unidades de Saúde (US) do município de Vitória, ES. Participaram do estudo as usuárias de 20 a 59 anos, que possuíam parceiro íntimo nos 12 meses anteriores à data da entrevista. No início da entrevista, a mulher era questionada se tinha parceiro íntimo, do sexo masculino, ou teve nos últimos 12 meses. Definiu-se parceiro íntimo como o companheiro ou ex-companheiro, independente de união formal, e namorados atuais, desde que mantendo relações sexuais. A coleta de dados ocorreu de março a setembro de 2014. As mulheres elegíveis foram abordadas nas unidades de saúde, quando foi explicada a pesquisa. A entrevista ocorria em local privativo da unidade de saúde, com a presença apenas da entrevistada e da entrevistadora. Estas últimas, todas do sexo feminino, participaram de um

treinamento para a padronização da entrevista e aplicação dos instrumentos. Além da equipe de entrevistadoras, a pesquisa contou com as supervisoras, que deram suporte ao trabalho de campo, com acompanhamento diário e a realização de controle da qualidade das entrevistas. Foram aplicados questionários utilizados na pesquisa em 10% das mulheres entrevistadas em cada unidade de saúde. Um folder detalhado, contendo os principais serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, foi elaborado pela equipe da pesquisa e distribuído às participantes do estudo como material educativo e de suporte, independentemente de relatos de violência. Foi feita parceria com o núcleo de atendimento às vítimas de violência do município de Vitória para encaminhamento, quando necessário.

Considerando que o município de Vitória encontrava-se na primeira posição em óbitos femininos por homicídio em 2010²³, foram estimadas as maiores prevalências de violência contra a mulher identificadas na literatura (56%)¹⁴ para o cálculo do tamanho da amostra. Assim, para o estudo da prevalência de violência contra a mulher, o cálculo do tamanho da amostra considerou aceitável uma margem de erro de cinco pontos percentuais e nível de 95% de confiança. Para estudar a associação com os fatores de risco, considerou-se um nível de 95% de confiança, poder de 80% e razão exposto/não exposto de 1:1. Foram acrescidos 10% para possíveis perdas e 30% para análises ajustadas. Assim, deveriam ser incluídas no estudo 998 mulheres selecionadas em cada uma das 26 unidades de saúde de Vitória, por meio de amostragem proporcional ao número de mulheres, de 20 a 59 anos, cadastradas em cada unidade. Participaram 991 mulheres (99,3% da amostra). Sete mulheres recusaram-se a participar do estudo, totalizando uma amostra de 991 mulheres.

Os três tipos de violência contra a mulher (psicológica, sexual ou física) foram as variáveis dependentes neste estudo. Cada uma foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a um dos itens do instrumento. Para identificação dos desfechos, foi utilizada a versão reduzida do questionário original da OMS sobre violência contra a mulher. Esse questionário é validado para uso no Brasil e tem por objetivo discriminar as diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento possui 13 questões relacionadas à violência com capacidade de discriminar as diferentes formas em contextos sociais diversos, é abrangente e relativamente curto. Esse instrumento possui elevada consistência interna, apresentada pelos coeficientes de *Cronbach* (média de 0,88)¹⁸.

Foi elaborado um instrumento contendo as características sociodemográficas para a obtenção das variáveis independentes: idade (em anos completos e categorizada por décadas); cor da pele autorreferida (conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]): branca, preta e parda. Foram excluídas as mulheres que se declararam indígenas ou amarelas por constituírem um grupo pouco representado não sendo possível qualquer inferência dos resultados; escolaridade (em anos completos de estudo: até oito anos; nove anos ou mais); situação conjugal (casada; solteira; divorciada ou separada; e em união consensual, ou seja, vive com o parceiro, mas não é legalmente casada); religião (católica ou evangélica – sim; não) e renda familiar (a soma da renda mensal em reais de cada um dos moradores do domicílio que foi posteriormente distribuída em tercís). No que tange à experiência familiar e de vida, a mulher foi questionada com as seguintes perguntas, respectivamente: “Sua mãe já sofreu alguma violência por parte do parceiro íntimo?” e “A senhora sofreu violência sexual na infância?”, cada variável apresentada de forma dicotômica (sim; não). Em relação às variáveis comportamentais da mulher foram analisadas: dose de bebida alcoólica ingerida (nenhuma; até duas; ou mais de duas doses). Uma dose correspondeu, em média, a uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”, tabagismo (distribuído em duas categorias: fumantes – fumavam pelo menos um cigarro por dia – não-fumantes, que incluiu ex-fumantes) e histórico de uso drogas (uso de drogas alguma vez na vida – sim; não).

Os testes Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, para tabelas de contingência com pequeno número de observações foram utilizados nas análises descritivas para obtenção das frequências e seus intervalos de confiança. De acordo com o modelo hierárquico (Figura), foi realizada a análise ajustada, controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo, não se limitou um valor de *p* para evitar a exclusão de variáveis

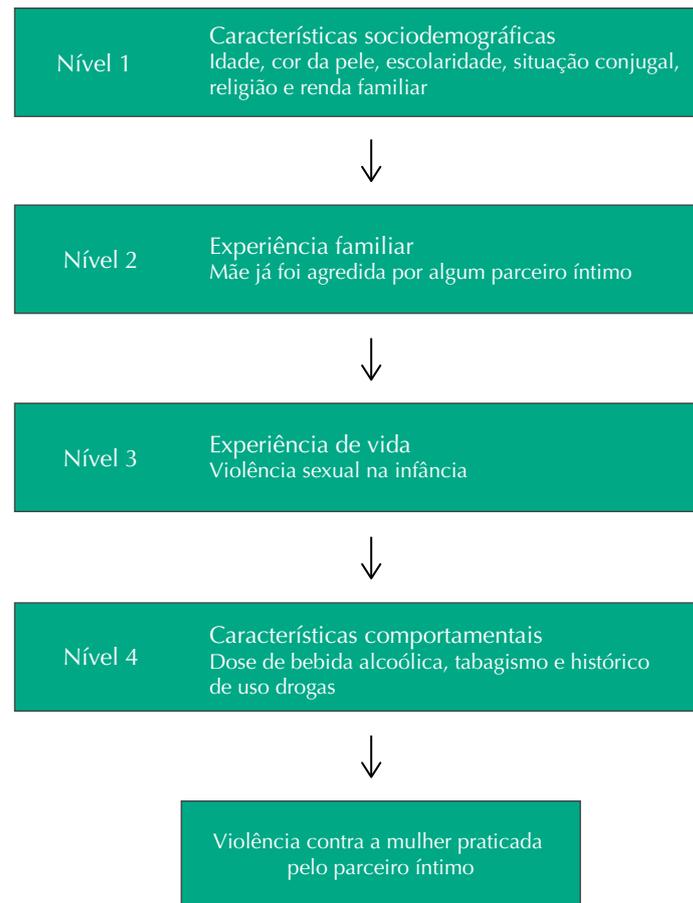


Figura. Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho das violências contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo.

potencialmente confundidoras, e foram mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). Tais análises foram conduzidas por meio de regressão de *Poisson*. Utilizou-se razão de prevalência como medida de efeito. As análises foram realizadas com o pacote estatístico Stata 13.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer 470.744/2013). Foi assinado termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A violência psicológica foi a mais frequente, com prevalência de 25,3% (IC95% 22,6–28,2), seguida pela violência física (9,9%; IC95% 8,1–11,9). Violência sexual teve a menor prevalência (5,7%; IC95% 4,3–7,3).

A maioria das mulheres tinha menos de 40 anos no momento da entrevista, declarou-se parda e tinha nove ou mais anos de estudo. Quase 35% das mulheres tinham renda familiar até R\$1.500,00, inclusive. Cerca de metade das entrevistadas referiu ter religião católica ou evangélica e 30% relataram que a mãe já apanhou de algum parceiro íntimo, enquanto 10% vivenciaram violência sexual na infância. A maioria relatou consumir menos de duas doses de bebida alcoólica e negou ser fumante ou ter histórico de uso de drogas. Por outro lado, cerca de uma de cada 10 mulheres relatou o consumo de cinco ou mais doses de bebida alcoólica, ser fumante e ter histórico de uso de drogas (Tabela 1).

A maior frequência de violência psicológica foi entre mulheres com até oito anos de estudo, pertencentes ao grupo de menor renda, separadas ou divorciadas e evangélicas (Tabela 1). Maiores prevalências de violência psicológica foram observadas naquelas

Tabela 1. Prevalência das violências contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses, de acordo com características sociodemográficas, comportamentais, experiência familiar e de vida. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Características sociodemográficas	n	%	Violência psicológica			Violência física			Violência sexual		
			%	IC95%	p	%	IC95%	p	%	IC95%	p
Idade (anos)					0,321			0,137			0,313
20-29	285	28,8	24,6	19,9–29,9		12,3	8,9–16,6		3,9	2,1–6,8	
30-39	306	30,9	28,8	23,9–34,1		11,1	8,0–15,2		5,9	3,7–9,1	
40-49	225	22,7	21,8	16,8–27,7		7,6	4,7–11,8		5,8	3,4–9,7	
50-59	175	17,6	25,1	19,2–32,1		6,9	3,9–11,7		8,0	4,8–13,1	
Cor da pele ^a					0,598			0,051			0,933
Branca	215	22,5	23,7	18,5–29,9		5,6	3,2–9,6		6,0	3,5–10,1	
Parda	503	52,5	26,6	22,9–30,7		10,9	8,5–14,0		5,4	3,7–7,7	
Preta	239	25,0	23,8	18,8–29,7		11,7	8,2–16,5		5,4	3,2–9,1	
Escolaridade (anos de estudo)					0,000			0,011			0,019
0-8	303	30,6	33,0	27,9–38,5		13,5	10,1–17,9		8,2	5,6–11,9	
≥ 9	688	69,4	21,9	19,0–25,2		8,3	6,4–10,6		4,5	3,1–6,3	
Renda familiar (tercis)					0,025			0,004			0,007
Primeiro	343	34,6	30,3	25,7–35,4		13,7	10,4–17,8		8,7	6,2–12,2	
Segundo	318	32,1	23,9	19,5–28,9		9,7	6,9–13,5		4,7	2,8–7,7	
Terceiro	330	33,3	21,5	17,4–26,3		6,1	3,9–9,2		3,3	1,8–5,9	
Situação conjugal					0,005			0,005			0,144 ^b
Casada	438	44,2	24,2	20,4–28,4		8,0	5,8–10,9		4,8	3,1–7,2	
União consensual	295	29,8	29,5	24,5–35,0		12,2	8,9–16,5		7,8	5,2–11,5	
Solteira	238	24,0	20,2	15,5–25,8		8,8	5,8–13,2		4,2	2,3–7,6	
Divorciada/Separada	20	2,0	50,0	28,9–71,1		30,0	13,8–53,4		10,0	2,4–33,2	
Católica					0,177			0,757			0,713
Sim	419	42,3	23,1	19,3–27,4		9,5	7,1–12,8		6,0	4,0–8,7	
Não	572	57,7	26,9	23,4–30,7		10,1	7,9–12,9		5,4	3,8–7,6	
Evangélica					0,024			0,042			0,286
Sim	480	48,4	28,5	24,7–32,7		11,9	9,3–15,1		6,5	4,6–9,0	
Não	511	51,6	22,3	18,9–26,1		8,0	5,9–10,7		4,9	3,3–7,1	
Experiências familiar e de vida											
Mãe já apanhou de algum parceiro ^c					0,000			0,001			0,501
Sim	313	31,6	34,5	29,4–39,9		14,1	10,6–18,4		6,4	4,1–9,7	
Não	585	59,0	19,1	16,1–22,5		7,0	5,2–9,4		5,3	3,7–7,4	
Violência sexual na infância					0,000			0,102			0,003
Sim	121	12,2	42,1	33,6–51,1		14,0	8,9–21,5		11,6	6,9–18,6	
Não	870	87,8	23,0	20,3–25,9		9,3	7,5–11,4		4,8	3,6–6,5	
Características comportamentais											
Dose de bebida alcoólica (ml)					0,584			0,030			0,271
< 2,0	734	74,1	24,6	21,7–27,8		8,8	7,0–11,0		5,5	4,1–7,3	
2,0 a 4,9	136	13,7	26,4	18,2–36,7		10,3	5,4–18,8		9,2	4,6–17,4	
≥ 5,0	121	12,2	28,9	21,5–37,7		16,5	10,9–24,3		4,1	1,7–9,6	
Fumante					0,015			0,000			0,212
Sim	109	11,0	34,9	26,5–44,3		20,2	13,6–28,8		8,3	4,3–15,2	
Não	882	89,0	24,1	21,4–27,1		8,6	6,9–10,7		5,3	4,0–7,0	
Histórico de uso drogas					0,002			0,000			0,371
Sim	106	10,7	37,7	29,0–47,4		23,6	16,4–32,6		7,5	3,8–14,4	
Não	885	89,3	23,8	21,1–26,8		8,2	6,6–10,2		5,4	4,1–7,1	

^a n = 957^b Teste exato de Fisher.^c n = 898

Tabela 2. Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográficas, comportamentais e experiência familiar e de vida sobre a violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Características sociodemográficas	n	Análise bruta			Análise ajustada		
		RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade (anos)				0,323			0,183
20-29	285	1			1		
30-39	306	1,17	0,89–1,53		1,11	0,85–1,45	
40-49	225	0,89	0,64–1,22		0,79	0,57–1,10	
50-59	175	1,02	0,74–1,42		0,95	0,68–1,34	
Cor ^a				0,600			0,805
Branca	215	1			1		
Parda	503	1,12	0,85–1,49		0,95	0,71–1,27	
Preta	239	1,00	0,72–1,40		0,89	0,64–1,25	
Escolaridade (anos de estudo)				0,000			0,001
0-8	303	1,50	1,21–1,86		1,45	1,17–1,80	
9-11	688	1,			1		
Renda familiar (tercis)				0,024			0,361
Primeiro	343	1,41	1,08–1,83		1,14	0,86–1,53	
Segundo	318	1,11	0,83–1,48		0,96	0,71–1,29	
Terceiro	330	1			1		
Situação conjugal				0,002			0,006
Casada	438	1			1		
União consensual	295	1,22	0,96–1,55		1,17	0,92–1,49	
Solteira	238	0,83	0,61–1,13		0,85	0,63–1,14	
Divorciada/Separada	20	2,07	1,29–3,30		1,97	1,24–3,13	
Católica				0,180			0,727
Sim	419	0,86	0,69–1,07		0,95	0,73–1,24	
Não	572	1			1		
Evangélica				0,025			0,079
Sim	480	1,28	1,03–1,59		1,22	0,98–1,52	
Não	511	1			1		
Experiências familiar e de vida							
Mãe já apanhou de algum parceiro ^b				0,000			0,000
Sim	313	1,80	1,44–2,26		1,71	1,35–2,15	
Não	585	1			1		
Violência sexual na infância				0,000			0,000
Sim	121	1,83	1,44–2,33		1,74	1,32–2,28	
Não	870	1			1		
Características comportamentais							
Dose de bebida alcoólica (ml)				0,574			0,837
< 2,0	734	1			1		
2,0-4,9	136	1,07	0,74–1,55		1,13	0,76–1,67	
≥ 5,0	121	1,17	0,86–1,59		1,02	0,72–1,44	
Fumante				0,011			0,203
Sim	109	1,44	1,09–1,91		1,23	0,89–1,69	
Não	882	1			1		
Histórico de uso drogas				0,001			0,049
Sim	106	1,58	1,21–2,08		1,35	1,01–1,83	
Não	885	1			1		

^a n = 957^b n = 898

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográficas, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência física perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Características sociodemográficas	n	Análise bruta			Análise ajustada		
		RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade (anos)				0,149			0,046
20-29	285	1			1		
30-39	306	0,90	0,58–1,41		0,86	0,55–1,35	
40-49	225	0,61	0,35–1,07		0,52	0,29–0,92	
50-59	175	0,56	0,30–1,05		0,50	0,26–0,94	
Cor ^a				0,063			0,168
Branca	215	1			1		
Parda	503	1,96	1,07–3,58		1,58	0,86–2,93	
Preta	239	2,10	1,09–4,02		1,86	0,98–3,54	
Escolaridade (anos de estudo)				0,011			0,003
0-8	303	1,63	1,12–2,38		1,79	1,21–2,66	
≥ 9	688	1			1		
Renda familiar (tercis)				0,005			0,418
Primeiro	343	2,26	1,37–3,73		1,42	0,82–2,46	
Segundo	318	1,60	0,94–2,76		1,18	0,67–2,09	
Terceiro	330	1			1		
Situação conjugal				0,003			0,009
Casada	438	1			1		
União consensual	295	1,53	0,98–2,37		1,27	0,81–1,99	
Solteira	238	1,10	0,66–1,85		1,04	0,63–1,74	
Divorciada/Separada	20	3,75	1,79–7,88		3,49	1,65–7,35	
Católica				0,758			0,232
Sim	419	0,94	0,64–1,38		1,30	0,84–2,01	
Não	572	1			1		
Evangélica				0,044			0,116
Sim	480	1,48	1,01–2,17		1,37	0,92–2,03	
Não	511	1			1		
Experiências familiar e de vida							
Mãe já apanhou de algum parceiro ^b				0,001			0,021
Sim	313	2,00	1,34–3,00		1,63	1,08–2,46	
Não	678	1			1		
Violência sexual na infância				0,098			0,203
Sim	121	1,51	0,93–2,46		1,40	0,83–2,37	
Não	870	1			1		
Características comportamentais							
Dose de bebida alcoólica (ml)				0,027			0,738
< 2,0	734	1			1		
2,0-4,9	136	1,17	0,61–2,27		1,25	0,62–2,51	
≥ 5,0	121	1,87	1,18–2,97		1,16	0,67–2,01	
Fumante				0,001			0,076
Sim	109	2,34	1,52–3,60		1,57	0,95–2,60	
Não	882	1			1		
Histórico de uso drogas				0,000			0,000
Sim	106	2,85	1,90–4,30		2,40	1,54–3,76	
Não	885	1			1		

^a n = 957^b n = 898

Tabela 4. Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográficas, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Características sociodemográficas	n	Análise bruta			Análise ajustada		
		RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade (anos)				0,325			0,113
20-29	285	1			1		
30-39	306	1,52	0,73–3,17		1,56	0,75–3,22	
40-49	225	1,50	0,68–3,28		1,69	0,78–3,68	
50-59	175	2,07	0,96–4,46		2,53	1,20–5,37	
Cor ^a				0,933			0,484
Branca	215	1			1		
Parda	503	0,89	0,47–1,69		0,68	0,35–1,30	
Preta	239	0,90	0,43–1,90		0,70	0,34–1,48	
Escolaridade (anos de estudo)				0,020			0,487
0-8	303	1,83	1,10–3,05		1,21	0,70–2,08	
≥ 9	688	1			1		
Renda familiar (tercis)				0,009			0,003
Primeiro	343	2,62	1,34–5,15		2,99	1,52–5,90	
Segundo	318	1,41	0,66–3,03		1,59	0,74–3,40	
Terceiro	330	1			1		
Situação conjugal				0,195			0,239
Casada	438	1			1		
União consensual	295	1,63	0,92–2,88		1,56	0,87–2,80	
Solteira	238	0,88	0,42–1,83		0,80	0,38–1,68	
Divorciada/Separada	20	2,08	0,52–8,29		1,72	0,48–6,22	
Católica				0,713			0,875
Sim	419	1,10	0,66–1,84		1,05	0,54–2,05	
Não	572	1			1		
Evangélica				0,288			0,427
Sim	480	1,32	0,79–2,20		1,23	0,74–2,04	
Não	511	1			1		
Experiências familiar e de vida							
Mãe já apanhou de algum parceiro ^b				0,501			0,763
Sim	313	1,20	0,70–2,08		1,09	0,63–1,87	
Não	585	1			1		
Violência sexual na infância				0,003			0,002
Sim	121	2,40	1,35–4,26		2,43	1,38–4,29	
Não	870	1			1		
Características comportamentais							
Dose de bebida alcoólica (ml)				0,272			0,111
< 2,0	734	1			1		
2,0-4,9	136	1,67	0,81–3,44		1,94	0,94–4,00	
≥ 5,0	121	0,75	0,30–1,86		0,68	0,27–1,68	
Fumante				0,210			0,328
Sim	109	1,55	0,78–3,07		1,41	0,70–2,84	
Não	882	1			1,00		
Histórico de uso de drogas				0,369			0,857
Sim	106	1,39	0,68–2,86		1,07	0,51–2,25	
Não	885	1			1		

^a n = 957^b n = 898

com experiência de violência familiar ou na infância e com histórico de uso de drogas. As maiores prevalências de violência física foram observadas nas mulheres autodeclaradas pretas, com menor escolaridade e renda familiar, separadas ou divorciadas e frequentando a religião evangélica. Foi também mais frequente nas mulheres com história materna de violência por parceiro íntimo, com uso de drogas e consumo de bebida alcoólica. Maiores prevalências de violência sexual ocorreram naquelas com menor escolaridade e renda e que sofreram violência sexual na infância (Tabela 1).

A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas na análise ajustada. A violência psicológica foi, em média, 45% mais frequente entre as que possuem menor escolaridade, quando comparadas àquelas com nove anos ou mais de escolaridade e cerca de duas vezes maior nas divorciadas ou separadas, quando comparadas às casadas. A prevalência de violência psicológica foi 70% maior nas mulheres cuja a mãe sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo ou que foram abusadas sexualmente na infância. O histórico de uso de drogas esteve associado à violência psicológica, com uma razão de prevalência de 1,35 (Tabela 2).

Para a violência física (Tabela 3), idade, escolaridade e situação conjugal mantiveram-se significativamente associadas com violência física no modelo ajustado. As mulheres mais velhas (40 a 59 anos) sofreram menos violência física, quando comparadas àquelas de 20 a 29 anos, enquanto maior prevalência de vitimização de violência física foi observada, em média, nas mulheres com menor escolaridade, que se declararam divorciadas ou separadas ou cuja mãe foi vítima de violência. Mulheres com histórico de uso de drogas apresentaram prevalência 2,4 vezes maior de violência física pelo parceiro íntimo (Tabela 3).

Somente a renda familiar manteve-se associada com a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, desaparecendo o efeito bruto da escolaridade (Tabela 4). As mulheres do menor tercil de renda familiar (até R\$1.500,00/mês) foram vítimas de violência sexual por parte do companheiro cerca de três vezes mais do que as mulheres do maior tercil. Embora a idade da mulher não tenha se associado significativamente com esse tipo de violência, o grupo de 50 a 59 anos apresentou, em média, prevalência 2,5 vezes maior do que aquela do grupo de 20 a 29 anos. Violência sexual foi cerca de duas vezes mais prevalente no grupo que sofreu violência sexual na infância.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostram maiores prevalências de violência psicológica entre as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária de saúde, seguida da violência física e sexual. Observa-se que a violência psicológica e física estiveram associadas, mesmo após o ajuste, à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo e ter feito uso de drogas. Já a violência sexual somente manteve-se associada à renda familiar.

A violência contra a mulher acontece ao longo da história em praticamente todos os países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos. A magnitude da violência é diferente e é mais comum em países com cultura predominantemente masculina, e menos frequente em culturas que procuram soluções igualitárias para as diferenças de gênero³.

O panorama econômico do Brasil mudou profundamente desde a metade do século XIX até depois da Primeira Guerra Mundial. Isso trouxe o contato com comportamentos e valores de outros países, que passaram a ser confrontados com os costumes patriarcais ainda vigentes, embora enfraquecidos. Entretanto, mesmo após 30 anos de luta por igualdade de direitos entre homens e mulheres, ocorrem inúmeros e cruéis episódios de violência contra a mulher. Sugere-se a cultura de subordinação da mulher ao homem de quem ela é considerada uma propriedade inalienável e eterna³.

A violência psicológica no município de Vitória apresentou maiores prevalências, quando comparada aos outros tipos de violência, em consonância com a literatura^{14,17}. O abuso psicológico também costuma ser a violência mais negligenciada e raramente reconhecida. Contudo, deve-se registrar a sua importância. O agressor, em suas primeiras manifestações, não lança mão de violência física, mas parte para a restrição da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação²⁰.

A violência física envolve atos de agressão corporal à vítima e é a mais evidente²⁰. A prevalência encontrada no presente estudo foi semelhante àquela encontrada em São Paulo, o que também foi observado para a violência sexual¹⁴. Esta última, marcada pela invisibilidade por seu pouco reconhecimento como violência. Estudo realizado com usuárias do serviço de urgência e emergência em Salvador em 2001 mostrou que mulheres que vivenciaram situações de estupro pelo companheiro não consideraram o ato como motivo suficiente para punição do agressor, em especial, se ocorreu sem a prática da violência física¹⁹.

A violência contra a mulher é motivada pelas expressões de desigualdades fundamentadas na condição de sexo, a qual inicia no universo familiar, em que as relações de gênero estabelecem-se no modelo de relações hierárquicas. Há situações em que quem domina e quem é dominado pode receber marcas de raça, idade, classe, dentre outras, modificando sua posição em relação àquela do núcleo familiar¹.

Ao analisar a ocorrência de violência de acordo com a idade das mulheres, chamam atenção as menores prevalências de violência física entre as mulheres pertencentes ao grupo de 50 a 59 anos, quando comparadas às mulheres mais jovens. Agressões mais antigas seriam menos valorizadas no relato, de modo que as frequências de violência nas mulheres mais velhas estariam subestimadas, ou ainda que a violência se inicia precocemente na maioria das vezes⁶.

A violência sexual seria mais frequente entre as mulheres de 50 a 59 anos do que entre as mais jovens no presente estudo. Há situações de violência sexual cometida por parceiro íntimo consideradas comuns em nossa sociedade e, conseqüentemente, aceitáveis e não reconhecidas como violência¹⁹. As mulheres costumam ceder ao desejo do parceiro para não contrariá-lo ou por vezes por entender que se trata de uma obrigação na relação marido e mulher¹⁹.

A ocorrência da violência em mulheres com menor escolaridade e renda foi observada no presente estudo. Essas variáveis são importantes no estudo da violência cometida pelo parceiro íntimo. O menor suporte social representa maior risco, por uma tendência da mulher submeter-se mais frequentemente ao perpetrador pela falta de oportunidade de lutar e enfrentar a violência¹⁹. Por outro lado, não houve associação de qualquer tipo de violência com a cor da pele ou a religião da mulher, como em outros estudos^{19,22}.

Mulheres divorciadas ou separadas tiveram maiores prevalências de vivência de violência psicológica e física pelo companheiro nos últimos 12 meses do que as casadas e solteiras. Esse achado assemelha-se ao de outros estudos^{6,22}, e sugere que essas mulheres vivenciaram anteriormente relações violentas e conseguiram se libertar dessa situação, rompendo com o ciclo da violência⁶.

Embora a literatura aponte que as vítimas de violência estão mais propensas ao uso de cigarro⁵ e ao maior consumo de álcool e drogas¹⁶, somente o histórico de uso de drogas esteve associado à violência psicológica e física no presente estudo, como apresentado em outro estudo²².

A associação entre o relato de que a mãe sofreu algum tipo de violência com as violências psicológica e física levam à reflexão acerca da transmissão transgeracional da violência, na qual o fenômeno é perpetuado de geração em geração como uma situação naturalizada no seio da família². O envolvimento em contextos de violência familiar, como vítima ou como testemunha, possibilita o estabelecimento de uma relação conjugal violenta na vida adulta⁸. E ainda, ter sido vítima de violência sexual na infância relacionou-se à violência sexual praticada pelo companheiro sugerindo que crianças inseridas em contextos de violência podem ter mais chance de levarem, para seus relacionamentos futuros a tendência de repetição dos padrões vivenciados¹⁵.

Situações de violência vivenciada acarretam graves danos à saúde das vítimas, no que se refere ao bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Desfechos imediatos e a longo prazo na saúde, associados a esses tipos de violência incluem: traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros¹³. Neste contexto, considerando a magnitude das violências entre as usuárias, a pesquisa foi importante. Constitui um dispositivo para fomentar novas práticas nas unidades de saúde como a discussão do tema da violência e a criação de espaço de escuta, acolhimento e assistência à mulher, para melhor compreender e enfrentar este fenômeno¹⁰.

Não apenas as mulheres, mas também os profissionais de saúde possuem dificuldade em falar e tratar da violência. As mulheres tendem a silenciar sobre a violência vivenciada e geralmente não fazem queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde¹⁴, a não ser que se dê a elas condições de acolhimento e escuta¹⁰. Os profissionais de saúde, por outro lado, não se sentem capacitados para lidar com essas situações¹⁴. É necessária a instrumentalização da equipe por meio da elaboração e implementação de protocolos que visem um atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade à mulher vitimada¹¹.

Possíveis limitações devem ser consideradas. É provável a subestimativa das prevalências devido ao viés de informação. Entretanto, a realização de entrevista face a face por mulheres, em ambiente privado, na unidade de saúde pode ter minimizado este viés. Como os resultados referem-se às usuárias das unidades de saúde, é possível que mulheres que sofreram violência tenham sido inibidas a frequentar o serviço de saúde. Entretanto, os resultados mostram prevalências elevadas para os três tipos de violência. Caso tenham sido subestimadas, é possível que maiores forças de associação poderiam ser encontradas com algumas exposições e os desfechos. Ainda, a causalidade reversa, pode estar presente nas associações com as variáveis comportamentais e socioeconômicas. Porém, as fortes associações encontradas com variáveis comportamentais apontam para a necessidade de propor medidas que influenciem as exposições e os desfechos.

Além disso, é importante identificar mulheres que já tenham sofrido algum tipo de violência para que se possa propor medidas específicas para a prevenção e o enfrentamento da violência praticada pelo parceiro íntimo. Apesar do delineamento transversal, foi possível detectar no estudo o efeito das experiências prévias e familiares de violência, considerando que precederam a ocorrência da violência praticada pelo parceiro.

Os dados apresentados mostram a elevada prevalência de usuárias vitimadas, e que fatores sociodemográficos, comportamentais ou de experiência de vida e pessoal podem tornar a mulher mais vulnerável à violência cometida pelo parceiro íntimo. Espera-se que os resultados aqui apresentados contribuam para a ampliação dos debates e na formulação de estratégias de promoção, prevenção, detecção e monitoramento das violências.

REFERÊNCIAS

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc Estado*. 2014;29(2):449-69. DOI:10.1590/S0102-69922014000200008
2. Black DS, Sussman S, Unger JB. A further look at the intergenerational transmission of violence: witnessing interparental violence in emerging adulthood. *J Interpers Violence*. 2010;25(6):1022-42. <https://doi.org/10.1177/0886260509340539>
3. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estud Av*. 2003;17(49):87-98. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300006>
4. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):256-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200011>
5. Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(4):305-15. <https://doi.org/10.1177/1524838013495962>

6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-311. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013>
7. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
8. Godbout N, Dutton DG, Lussier Y, Sabourin S. Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Pers Relatsh*. 2009;16(3):365-84. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x>
9. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359(9315):1423-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>
11. Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):868-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500012>
12. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília (DF): OMS/OPAS; 2002.
13. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Brasília (DF): OMS/OPAS; 2012.
14. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):351-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>
15. Paradis AD, Reinherz HZ, Giaconia RM, Beardslee WR, Ward K, Fitzmaurice GM. Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: findings from the Simmons Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):290-8. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181948fdd>
16. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saude Publica*. 2007;41(6):970-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000600012>
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):359-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300006>
18. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>
19. Silva IV. Violência contra as mulheres: a experiências de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 2:S263-72. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800008>
20. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(21):93-103. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>
21. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Sousa LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev RENE*. 2013;14(4):683-93. <https://doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i4.3523>
22. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):730-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034>
23. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília (DF): FLACSO; 2015.
24. World Health Organization. Violence: a public health priority: WHO Consultation on Violence and Health. Geneva; 1996. (Document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES – Processo 60530812/12).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: FMCL, DPG, MHCA. Coleta, análise e interpretação dos dados: FMCL. Redação do manuscrito: FMCL. Revisão crítica do manuscrito: DPG, MHCA, FCW.

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