

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira^I

Líliá Blima Schraiber^I

Ivan França-Junior^{II}

Ana Bernarda Ludermir^{III}

Ana Paula Portella^{IV}

Carmen Simone Diniz^V

Márcia Thereza Couto^I

Otávio Valença^{VI}

Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras

Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência e os fatores associados à violência física e/ou sexual por parceiro íntimo em diferentes contextos socioculturais.

MÉTODOS: Estudo transversal, participante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*, com amostra representativa de mulheres no município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, região com normas mais tradicionais de gênero. Foram entrevistadas no domicílio 940 mulheres de São Paulo e 1.188 da Zona da Mata, entre 2000-1, com idade entre 15 a 49 anos que tiveram parceria afetivo-sexual com homens alguma vez na vida. Foram construídos três conjuntos de fatores, correspondentes a blocos hierarquicamente ordenados: características sociodemográficas, familiares e aspectos referentes à autonomia/submissão feminina. Utilizou-se regressão logística hierárquica na análise dos fatores associados à violência por parceiro íntimo em cada local.

RESULTADOS: Encontrou-se prevalência de 28,9% em São Paulo (IC 95% 26,0;31,8) e 36,9% (IC 95% 34,1;39,6) na Zona da Mata. Escolaridade até oito anos, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com a bebida mostraram-se associados à violência por parceiro íntimo em ambos locais. Autonomia financeira da mulher, união informal, idade e consentimento na primeira relação sexual mostraram-se associadas a maiores taxas apenas na Zona da Mata. As características socioeconômicas associadas no primeiro bloco foram mediadas por outros fatores no modelo final.

CONCLUSÕES: Os achados mostram a relativização dos fatores socioeconômicos diante de outros, em especial os representantes de atributos de gênero. Nas duas localidades estudadas foram encontradas diferenças socioculturais que se refletiram nos fatores associados.

DESCRITORES: Mulheres. Violência contra a Mulher. Violência Sexual. Violência Doméstica. Fatores Socioeconômicos. Gênero e Saúde. Estudos Transversais.

^I Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil

^{IV} SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia. Recife, PE, Brasil

^V Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo, SP, Brasil

^{VI} Coordenadoria de Pesquisa e Extensão. Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco. UFPE. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Líliá B. Schraiber
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina – USP
Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 2170
2º andar Cerqueira César
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: vawbr@usp.br

Recebido: 17/12/2007

Revisado: 2/7/2008

Aprovado: 7/8/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of physical and/or sexual violence by intimate partners and factors associated with this, in different sociocultural contexts.

METHODS: This cross-sectional study was part of the “WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women”. It consisted of representative samples of women from the municipality of São Paulo (Southeastern Brazil) and from the Zona da Mata of Pernambuco (Northeastern Brazil), this latter is a region with more traditional gender norms. Interviews were conducted in the homes of 940 women in São Paulo and 1,188 in the Zona da Mata, in the years 2000-1. The women were aged 15 to 49 years and had all had at least one intimate partnership with a man during their lifetimes. Three sets of factors were constructed, corresponding to hierarchically organized categories: sociodemographic, family and female autonomy/submission characteristics. Hierarchical logistic regression was used to analyze factors associated with intimate partner violence at each location.

RESULTS: A prevalence of 28.9% was found in Sao Paulo (95% CI 26.0;31.8) and 36.9% (95% CI 34.1;39.6) in Zona da Mata. Up to eight years of schooling, conjugal physical violence between the women’s parents, sexual abuse during childhood, five or more pregnancies and drinking problems were associated with intimate partner violence at both locations. Financial autonomy for the woman, informal partnership, age and consent to the first sexual intercourse were associated with higher rates only in Zona da Mata. The socioeconomic characteristics that presented associations in the first category were mediated by other factors in the final model.

CONCLUSIONS: The findings show the relativization of socioeconomic factors in relation to other factors, particularly those representing gender attributes. Sociocultural differences were found between the two locations, and these were reflected in the associated factors.

DESCRIPTORS: Women. Violence Against Women. Sexual Violence. Domestic Violence. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990, investigações indicaram altas prevalências de violência por parceiro íntimo (VPI), variando no mundo de 15,4% a 70,9%, para ocorrências de ao menos uma vez na vida de violência física e/ou sexual.⁸

Contudo, a definição de VPI ainda não é consensual, havendo variações nos instrumentos utilizados, populações investigadas e condições de coleta dos dados.¹⁰ A época de ocorrência da violência também varia nos estudos, pois alguns focam o último ano^{1,17,19} enquanto outros se referem ao longo da vida.^{6,12} Diferentes modelos epidemiológicos apresentam variações quanto aos determinantes de VPI sofrida pelas mulheres.

Por estar arraigada na maioria das culturas, é consenso na literatura que esse tipo de violência possui gênese multicausal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros autores^{9,10} têm sugerido a adoção de um modelo ecológico⁹ que integre, em círculos concêntricos, fatores

socioculturais, comunitários, familiares e individuais. Contudo, sua operacionalização em análises epidemiológicas não é simples nem consensual.

Estudos qualitativos e quantitativos mostram que a VPI está ligada à aceitação da violência e normas hierárquicas de gênero, como o “direito” masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos. Conflitos em torno disto, quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo, estariam associados à VPI.^{2,10,13}

Por outro lado, as más condições socioeconômicas constituem risco para VPI, ainda que de forma moderada ou não linear.^{13,14} Sugere-se que o stress relacionado às más condições de vida e à não-garantia de acesso a bens e serviços constituiria a base dessa associação, que culminaria em dimensões relativas ao gênero.

Em relação aos fatores sociodemográficos, têm sido documentadas situações variadas de associação com a

VPI.²¹ A idade tem se mostrado pouco associada com VPI na vida em muitos estudos,^{7,12,14,19} mas há pesquisas que mostram risco aumentado para as jovens,^{14,17} especialmente nas ocorrências de último ano. Características do domicílio, número de moradores na casa, composição familiar ou morar em contexto rural ou urbano não têm sido associados com VPI,¹³ mas pobreza é muitas vezes associada, ainda que pobreza extrema possa não representar risco adicional, o que tem sido explicado como acomodamento extremo às normas tradicionais de gênero e suas relações de poder que reiteram o controle masculino sobre a vida do casal.¹⁰

A escolaridade mostra associação com VPI em diversos estudos,^{5,10} com proteção nos níveis mais altos e maior risco associado aos níveis mais baixos.^{7,12} Estudos na Nicarágua,⁴ México,¹⁹ e Estados Unidos²² têm, no entanto, relatado associação inconsistente ou apenas relacionada à violência moderada.

A situação conjugal depende do contexto de normas de gênero mais ou menos conservadoras. Em países em que o sexo pré-marital é a norma e a separação um direito, ser separada ou divorciada encontra-se associado à VPI na vida, sugerindo que muitas mulheres puderam sair das situações de VPI mediante a separação. Culturas nas quais o sexo pré-marital é considerado transgressão e a separação não é um direito, união estável e namoro com relação sexual podem representar maior risco,¹³ sugerindo maior dificuldade para sair de relações violentas e maior discriminação associada ao sexo fora do casamento.

Embora a associação entre VPI e raça/etnia tenha sido menos investigada, estudos norte-americanos apresentam maior prevalência entre afro-americanas. Todavia, ao ser controlada por outras variáveis sociodemográficas, tal associação costuma desaparecer, sugerindo que a raça/etnia seria um *proxy* de condição social.²⁴

Experiências na família de origem têm mostrado consistente associação com VPI. Testemunhar VPI contra a mãe e sofrer violência física cometida pelos pais aumentam o risco de sofrer VPI na vida adulta.^{12,18}

Fatores relacionados às experiências de vida das mulheres têm sido identificados. As características da vida sexual/reprodutiva parecem ter grande relevância: idade e consentimento na primeira relação sexual,^{9,19} abuso sexual infantil,⁵ e maior número de filhos.^{4,13,14}

A autonomia financeira da mulher pode protegê-la da VPI em alguns contextos, mas não em outros.^{13,15,17} Esta autonomia tanto pode fortalecê-la e torná-la menos exposta à violência, como pode tornar mais comuns comportamentos masculinos de reconquista da dominação tradicional que desencadeiam a VPI.¹ Há indícios de que este fato seja mediado pela qualidade da relação do casal.⁷ Opiniões da mulher que indicam aceitação da violência^{7,26} ou subserviência pessoal¹² também têm mostrado associação com VPI. Abuso de

álcool pela mulher tem sido associado à VPI e poderia indicar formas de ela lidar com a violência.¹⁰

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à violência por parceiro íntimo em diferentes contextos socioculturais brasileiros.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal e parte de pesquisa brasileira que integrou o *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*.⁸ Foi realizado por inquérito domiciliar, entre 2000-2001, em dois contextos diversos: município de São Paulo (SP), a maior cidade brasileira, e 15 municípios pertencentes à Zona da Mata do estado de Pernambuco (ZMP). Empregou-se a estratégia amostral por conglomerados em múltiplos estágios, detalhada em outras publicações.^{8,16,20}

Foram entrevistadas 2.128 mulheres de 15 a 49 anos que morassem no domicílio sorteado e tivessem capacidade física e mental para responderem a questionário em entrevista face a face. As perdas amostrais estão detalhadas em outra publicação.²⁰

O questionário usado foi construído pela equipe da pesquisa internacional, com a colaboração dos pesquisadores dos países participantes do estudo.^{8,20} As perguntas acerca de VPI utilizadas estão apresentadas em outra publicação.²⁰ A violência física (VF) e/ou sexual (VS) por parceiro íntimo foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos um dos itens de qualquer dos dois conjuntos de perguntas (seis itens para VF e três itens para VS). Na análise da consistência interna os valores de Cronbach para VFS foram respectivamente 0,8465 para SP e 0,8531 para ZMP.

Parceiro íntimo foi definido como companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres viviam ou viveram, independentemente de união formal, incluindo os namorados atuais desde que com relacionamento sexual.

As variáveis independentes analisadas foram agrupadas em três blocos, conforme a Figura. Esses blocos foram organizados e testados de modo distal-proximal em relação à VPI e agruparam variáveis sociodemográficas, da família de origem e das experiências e opiniões pessoais.

As variáveis utilizadas foram assim compostas:

Bloco 1: Características sociodemográficas

- idade em anos completos: 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49;
- anos completos de escolaridade: ≥ 12 , 9 a 11 e 0 a 8;

- situação conjugal: casada, união informal, namorando com relação sexual, separada, viúva ou sem parceiro;
- número de pessoas na casa por cômodo: <2 ou ≥ 2 ;
- ajuda sociocomunitária: construída a partir de cinco perguntas: o conhecimento entre os membros da comunidade em que ela mora, se os vizinhos fariam algo para apartar uma briga na rua com agressão física, se as pessoas se dispõem a contribuir com tempo, trabalho ou dinheiro para os projetos comunitários, se as pessoas confiam em pedir e emprestar dinheiro e se os vizinhos ajudariam diante de um acidente ou doença na família dela. Atribuiu-se um ponto a cada um dos itens e classificou-se em: pouca ajuda (0 a 1), alguma ajuda (de 2 a 4 pontos) e muita ajuda (5 pontos);
- Cor da pele auto-referida: branca, negra, parda, amarela e indígena.

Bloco 2: família de origem

- mãe era agredida fisicamente pelo parceiro: sim, não, pais separados ou não sabe;
- apoio familiar: contar ou não com parentes para lhe dar apoio em caso de problemas.

Bloco 3: experiências de autonomia/submissão relacionadas às questões de gênero

- violência sexual por outros que não o parceiro a partir dos 15 anos de idade: sim e não;
- abuso sexual antes dos 15 anos: sim e não à pergunta: Antes dos 15 anos, você lembra se alguém em sua família tocou em você sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual que você não queria?;
- número de gestações: nenhuma; 1 a 2; 3 a 4, ≥ 5 ;
- problemas da mulher com a bebida, (considerado sim quando houve resposta positiva a pelo menos um dos seguintes problemas quando relacionados ao consumo de álcool: problemas com dinheiro, saúde, conflitos familiares ou com amigos, problemas com autoridade nos últimos 12 meses);
- autonomia financeira: composta a partir das perguntas: com fonte de renda própria (sim e não), e possuir bens – como casa, terras ou jóias (próprios e compartilhados ou que sejam exclusivos do parceiro). A mulher foi considerada com autonomia financeira quando tinha bens próprios e/ou fonte de renda própria;
- idade e consentimento da primeira relação sexual: forçada ou não queria e menor ou igual a 15 anos; forçada ou não queria e ≥ 16 anos; consensual e

menor ou igual a 15 anos; consensual e ≥ 16 anos;

- aceitação da violência: “sim” quando resposta positiva ou “não sei” a pelo menos uma das seis opções à questão – o homem tem boas razões para bater em sua esposa se: ela não realiza o trabalho doméstico de forma satisfatória; ela o desobedece; ela se recusa a manter relações sexuais com ele; ela pergunta se ele tem outras namoradas; ele suspeita que ela é infiel; ele descobre que ela é infiel.

Na análise dos dados, a variável dependente foi violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo ao menos uma vez na vida. A análise foi realizada no Stata versão 9.0. Regressão logística não condicional foi utilizada para analisar a associação da VPI com as variáveis explanatórias, incluindo o ajuste para efeito do desenho amostral. A magnitude da associação entre a VPI e as variáveis explanatórias foi estimada pelos *odds ratios* (OR) simples e ajustados e intervalos de confiança de 95%.

Utilizou-se a análise hierárquica.²³ Seguindo um sentido distal-proximal, partiu-se das características sociodemográficas da mulher (bloco 1), para agregarem-se as variáveis relativas à família de origem (bloco 2), e depois as experiências e opiniões de autonomia/submissão, mais diretamente ligadas à gênero (bloco 3).

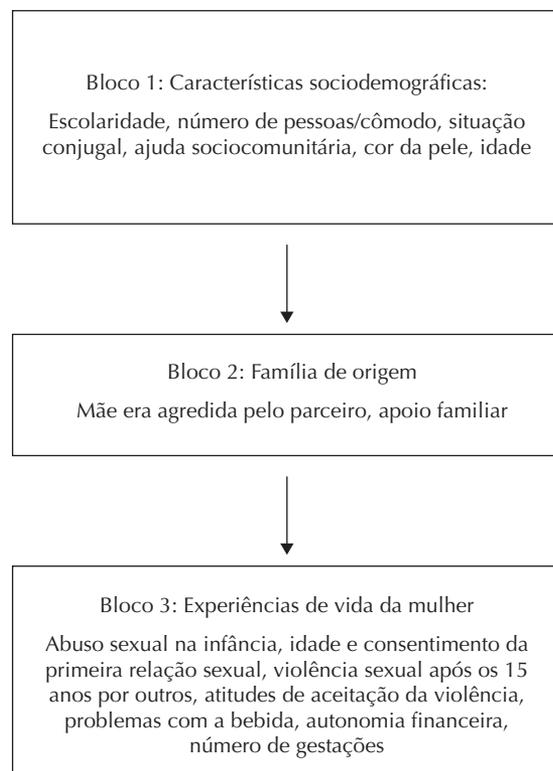


Figura. Blocos de análise hierárquica.

Foram construídos modelos distintos para SP e ZMP para permitir a identificação de variações regionais. As variáveis que obtiveram um valor de p igual ou menor que 0,20 na análise univariada foram incluídas em seus respectivos blocos para a modelagem. A partir daí, os blocos foram sendo conjugados, construindo-se mais dois modelos para cada local (Bloco 1+2 e Bloco 1+2+3).

Uma variável foi mantida no modelo do seu respectivo bloco quando apresentou p menor ou igual a 0,05 ou efeito de confusão significativo nas variáveis previamente incluídas no modelo (mudanças no OR ajustados maiores de 10%). As variáveis de bloco já testado que perderam significância ao ser incluído um novo bloco permaneceram no modelo, interpretando-se a associação com a VPI como existente, mas mediada pelo bloco adicionado.

Especial atenção foi dada aos aspectos éticos, conforme preconizado pela OMS.²⁵ Além do consentimento individual e ênfase na possibilidade de interrupção da entrevista pela mulher, foram tomados cuidados especiais na seleção e treinamento das pesquisadoras de campo,¹¹ na sua supervisão psicoemocional e técnica e adotadas medidas protetoras do sigilo, privacidade e segurança, além de garantias de retaguarda assistencial para os casos. Detalhamento adicional encontra-se em outra publicação.²⁰

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas (CAPPesq-609/98) em 11/11/1998 e CONEP (Parecer 002/99) em 11/1/1999.

RESULTADOS

Foram entrevistadas, respondendo de modo completo ao questionário, 940 mulheres em SP e 1.188 na ZMP (taxa de resposta de 89,9% e 95,7% respectivamente) que tiveram ao menos um parceiro íntimo na vida.

A prevalência de violência física e/ou sexual durante a vida foi de 28,9% em SP (IC 95% 26,0; 31,8) e 36,9% (IC 95% 34,1;39,6) na ZMP. A Tabela 1 apresenta as distribuições das características estudadas nos dois locais. Em SP, relativamente à ZMP, havia de modo significativo mais mulheres com 30 anos ou mais, escolaridade secundária ou superior, namorando com relacionamento sexual, brancas, com autonomia financeira, e que sofreram violência sexual após os 15 anos por agressor não-parceiro. Por outro lado, na ZMP havia mais mulheres com muito apoio comunitário, que relataram agressão da mãe pelo companheiro, em união informal, cuja primeira relação ocorreu antes dos 15 anos, com mais de dois filhos e que concordam que o homem teria alguma razão para bater em sua parceira. Número de pessoas por cômodo, contar com a família, abuso sexual na infância e problemas com a bebida não diferiram entre os dois locais.

A maioria das variáveis estudadas teve $p \leq 0,20$ na análise univariada, com exceção de idade, cor da pele e apoio sociocomunitário, nos dois locais, e autonomia financeira, em SP. Estas variáveis foram testadas nos modelos como variáveis de confusão, mas não obtiveram significância estatística nem ajuste significativo relativamente a outras variáveis de interesse, exceto idade, que ajusta o número de gestações, escolaridade e situação conjugal, especialmente na ZMP, e foi mantida em ambos os modelos, para fins de controle.

A Tabela 2 apresenta, para SP, na primeira coluna, o modelo para cada bloco. Na segunda coluna, mostra-se o modelo intermediário, compondo o bloco 1 (características sociodemográficas) com o bloco 2 (família de origem). Na terceira coluna apresenta-se o modelo final, acrescentando-se, aos dois blocos anteriores, o bloco 3 (experiências da autonomia/submissão). A Tabela 3 apresenta o mesmo para ZMP.

Por ser hierárquico, o modelo final pode ser examinado na horizontal (uma dada variável ao longo do ajuste) e na diagonal (ajuste entre os blocos),²⁶ conforme indicado em negrito das Tabelas 2 e 3.

No bloco 1, escolaridade abaixo de nove anos de estudo não se manteve associada no modelo final nos dois locais, assim como ter mais de 30 anos. Viver sem união formal associou-se à VPI nos dois locais, mas permaneceu, no ajuste final, apenas para a ZMP. Namorar não esteve associada à VPI em SP em nenhum dos blocos, mas ZMP deixou de associar-se apenas com a inclusão do bloco 3. Por fim, estar separada, viúva ou sem parceiro no momento da entrevista mostrou-se associada apenas em SP. Número de pessoas por cômodo, quando ajustada em seu bloco, não obteve significância estatística e foi excluído do modelo.

No bloco 2, VPI sofrida pela mãe manteve-se estatisticamente associada com a VPI nos dois locais até o modelo final. Contar com a família, quando ajustada pela VPI sofrida pela mãe, permanece associado apenas em SP e no seu respectivo bloco.

No bloco 3, ter sido abusada sexualmente na infância, ter tido cinco gestações ou mais, a primeira relação sexual forçada ou antes dos 15 anos e problemas com a bebida mostraram-se associados à VPI nos dois locais. A autonomia financeira da mulher permaneceu no modelo apenas na ZMP. Violência sexual após os 15 anos e aceitação da violência perderam significância e foram excluídos do modelo nos dois locais.

Nos seus modelos finais, SP e ZMP compartilharam quatro fatores associados: história de agressão da mãe por parceiro; abuso sexual na infância da entrevistada; cinco ou mais gestações e problemas com a bebida. Apenas para SP, identificaram-se os fatores: ser separada, viúva ou sem parceiro e ter entre uma e quatro gestações. Foi limítrofe na significância estatística ter tido a primeira

relação sexual forçada, antes ou após os 15 anos, mas a variável permaneceu no modelo por ajustar outras variáveis (situação conjugal). Na ZMP isoladamente, mostraram-se associadas: viver junto; ter primeira relação sexual antes 15 anos, forçada ou não.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro inquérito populacional a identificar fatores associados à VPI no Brasil em amostras representativas de mulheres, por meio de instrumento pa-

Tabela 1. Características das mulheres entrevistadas. São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, 2000-1. (n = 2128)

Variável	SP N = 940		ZMP N = 1188		p ^a
	n (%)	Todas as mulheres	n (%)	Todas as mulheres	
Característica sociodemográfica					
Idade ^b (anos)					0,014
15-19	14 (24,1)	58	24 (27,0)	89	
20-29	80 (26,4)	303	153 (35,2)	434	
30-39	95 (29,7)	320	162 (40,3)	402	
40-49	83 (32,0)	259	99 (37,8)	262	
Escolaridade (anos)					< 0,001
12 ou mais	35 (18,3)	191	11 (20,4)	54	
9 a 11	73 (25,7)	284	65 (26,9)	242	
0 a 8	164 (35,3)	465	362 (40,6)	892	
Situação conjugal ^c					< 0,001
Casada	105 (21,4)	490	120 (24,3)	494	
Vive junto	67 (35,1)	191	212 (44,2)	479	
Namoro com relação	35 (22,7)	154	40 (43,0)	93	
Separada, viúva ou sem parceiro	65 (61,9)	105	66 (54,1)	122	
Número de pessoas por cômodo					< 0,110
Até 2	135 (23,9)	564	256 (34,0)	753	
Mais de 2	137 (36,4)	376	182 (41,8)	435	
Apoio sociocomunitário ^d					< 0,001
Muito	110 (26,6)	414	282 (36,1)	780	
Algum	121 (30,0)	403	125 (36,3)	344	
Pouco	41 (33,3)	123	30 (48,4)	62	
Status socioeconômico					< 0,001
Alto	42 (19,2)	219	37 (31,4)	118	
Médio	100 (27,0)	370	253 (34,5)	734	
Baixo	130 (37,9)	343	147 (44,5)	330	
Cor da pele ^e					< 0,001
Branca	133 (26,5)	502	85 (34,1)	252	
Preta	19 (34,5)	55	24 (55,8)	43	
Amarela	3 (23,1)	13	3 (30,0)	10	
Parda	81(33,7)	240	226 (35,0)	645	
Indígena	3(50,0)	6	5 (38,5)	13	
Família de origem					
Mãe era agredida pelo parceiro ^f					0,025
Não	158 (22,6)	699	288 (32,7)	881	
Sim	100 (46,3)	216	121 (48,2)	251	
Pais separados/não sabe	14 (58,3)	24	29 (51,8)	56	
Conta com a família					0,372
Sim	206 (25,9)	796	341 (34,5)	989	
Não	66 (45,8)	144	97 (48,7)	199	

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	SP N = 940		ZMP N = 1188		p ^a
	N (%)	Todas as mulheres	VPI N (%)	Todas as mulheres	
Experiências de vida					
Primeira relação sexual ^f					< 0,001
> 15 anos, não forçada	155 (23,7)	654	222 (29,0)	766	
< 15 anos, não forçada	22 (44,0)	50	67 (53,2)	126	
> 15 anos, forçada	74 (36,4)	203	94 (43,3)	217	
< 15 anos, forçada	20 (66,7)	30	53 (70,7)	75	
Abuso sexual na infância					0,162
Não	234 (27,0)	866	389 (34,9)	1113	
Sim	38 (51,3)	74	49 (65,3)	75	
Problemas com bebida alcoólica ^b					0,568
Nunca bebeu / não teve	249 (27,5)	905	405 (35,6)	1137	
Teve algum problema	23 (65,7)	35	32 (64,0)	50	
Violência sexual após os 15 anos por outros					0,005
Não	241 (27,6)	873	406 (35,7)	1137	
Sim	31 (46,3)	67	32 (62,7)	51	
Número de gestações					< 0,001
Nenhuma	22 (14,8)	149	23 (24,7)	93	
1 ou 2	114 (25,0)	456	150 (31,0)	483	
3 ou 4	95 (36,5)	260	138 (37,2)	371	
5 ou mais	41 (54,7)	75	127 (52,7)	241	
Aceitação da violência					< 0,001
Nenhuma	231 (27,7)	835	272 (34,0)	799	
Alguma	41 (39,0)	105	166 (42,7)	389	
Autonomia financeira ^b					< 0,001
Não	73 (25,5)	286	208 (32,6)	637	
Sim	199 (30,4)	654	230 (41,8)	550	

SP: São Paulo

ZMP: Zona da Mata de Pernambuco

VPI: violência por parceiro íntimo

^a p correspondente ao teste de qui-quadrado para diferença entre os sítios^b N=1187 em ZMP^c N=939 em SP^d N=1186 em ZMP^e N= 937 em SP e 1184 em ZMP^f N= 816 em SP e 963 em ZMP

dronizado internacionalmente. Ele permite estabelecer um panorama e a diversidade da realidade brasileira comparável a outros locais do mundo.

Os achados mostram que as características sociodemográficas possuem associação com a VPI, porém fracas e mediadas em grande parte pelas variáveis dos blocos 2 e 3.

Idade não se mostrou associada, apesar de, considerando-se a VPI durante a vida, esperar-se um aumento conforme aumentam os anos de exposição. Este fato pode ser explicado por algumas hipóteses, não mutuamente exclusivas: a VPI pode ter aumentado nos últimos anos; as agressões antigas, especialmente as menos

graves, seriam menos valorizadas no relato, estando a prevalência das mulheres mais velhas subestimada; ou a violência inicia, na maioria das vezes, precocemente, o que é confirmado pelo achado de maior risco entre as jovens para os episódios recentes.¹⁴

Possuir até oito anos de escolaridade foi associado à VPI, mas mediado por outros fatores, perdendo significância no modelo final nos dois locais estudados. A escolaridade baixa está associada no presente estudo com um maior número de filhos, união informal e maior violência na família de origem, além de maior aceitação da violência (dados não apresentados em Tabela). Seu efeito na vulnerabilidade das mulheres parece ser mediado por estes fatores e talvez o fato da escolaridade associar-se à

Tabela 2. Características sociodemográficas, família de origem e experiências de vida de mulheres entrevistadas e sua associação com violência por parceiro íntimo. São Paulo, SP, 2000-2001.

Modelo / variável	Modelos 1, 2 e 3 isolados		Modelo 1+2 (n=939)		Modelo 1+2+3 (n=936)	
	OR ^a	IC 95%	OR ^a	IC 95%	OR ^a	IC 95%
1. Características sociodemográficas (n=940)						
Escolaridade (anos)						
12 ou mais	1,00		1,00		1,00	
9 a 11	1,36	0,79;2,35	1,28	0,72;2,27	1,03	0,53;2,02
0 a 8	2,14*	1,26;3,63	1,85**	1,05;3,24	1,32	0,70;2,48
Situação conjugal						
Casada	1,00		1,00		1,00	
Vive junto	1,71*	1,19;2,47	1,74*	1,20;2,50	1,34	0,90;2,00
Namoro com relação	1,14	0,71;1,81	1,10	0,68;1,80	1,10	0,62;1,98
Separada, viúva ou sem parceiro	5,16*	2,88;9,23	5,71*	3,15;10,35	5,13*	2,61;10,08
Idade						
15-19	1,00		1,00		1,00	
20-29	1,24	0,53;2,92	1,42	0,54;3,69	1,25	0,42;3,72
30-39	1,26	0,54;2,94	1,32	0,51;3,42	1,10	0,36;3,38
40-45	1,40	0,53;3,67	1,55	0,54;4,45	0,99	0,28;3,54
2. Família de origem (n=939)						
Conta com a família						
		0,0000				
Sim	1,00					
Não	2,15*	1,38;3,36				
Mãe era agredida pelo parceiro						
Não	1,00		1,00			
Sim	2,51*	1,72;3,67	2,77*	1,89;4,07	2,48*	1,69;3,64
Pais separados/não sabe	4,12*	1,67;10,18	4,87*	2,20;10,73	4,31*	1,81;10,24
3. Experiências de vida (n=937)						
Abuso sexual na infância						
		0,0000				
Não	1,00				1,00	
Sim	2,42*	1,41;4,13			2,47*	1,21;4,18
Número de gestações						
Nenhuma	1,00				1,00	
1 ou 2	2,51*	1,42;4,44			2,20**	1,11;4,36
3 ou 4	4,01*	2,38;6,75			3,27*	1,70;6,28
5 ou mais	6,54*	2,85;15,04			5,86*	2,26;15,15
Problemas com a bebida						
Nunca bebeu / não teve	1,00				1,00	
Teve algum problema	5,27*	2,40;11,58			4,83*	2,03;11,49
Primeira relação sexual						
> 15 anos, não forçada	1,00				1,00	
< 15 anos, não forçada	2,53*	1,26;5,05			1,71	0,77;3,81
> 15 anos, forçada	1,80**	1,08;3,01			1,65	0,98;2,78
< 15 anos, forçada	3,77*	1,46;9,76			2,47	0,95;6,42

Os valores em negrito indicam o modo de leitura da associação na análise hierárquica; ^a OR ajustado; * p<0,01; ** p<0,05

VPI de forma inconstante nos estudos ao redor do mundo decorra da sua grande interação com outras variáveis, nem sempre testadas nos modelos.^{4,6,7}

Cor da pele da mulher não se mostrou independentemente associada à VPI, sugerindo que a maior prevalência entre as negras esteja associada às suas

Tabela 3. Características sociodemográficas, família de origem e experiências de vida de mulheres entrevistadas e sua associação com violência por parceiro íntimo. Zona da Mata de Pernambuco, PE, 2000-2001.

Modelo / variável	Modelos 1, 2 e 3 isolados		Modelo 1 +2 (n=939)		Modelo 1+2+3 (n=936)	
	OR ^a	IC 95%	OR ^a	IC 95%	OR ^a	IC 95%
1. Características sociodemográficas (n=1187)						
Escolaridade						
12 anos ou mais	1,00		1,00		1,00	
9 a 11 anos	1,46	0,70;3,02	1,42	0,67;3,01	1,77	0,78;4,01
0 a 8 anos	2,27*	1,02;5,04	2,04	0,91;4,55	1,98	0,79;4,98
Situação conjugal						
Casada	1,00		1,00		1,00	
Vive junto	2,64**	1,66;4,19	2,64**	1,65;4,22	2,00**	1,21;3,31
Namoro com relação	2,41*	1,11;5,21	2,48*	1,15;5,37	1,87	0,82;4,26
Separada, viúva ou sem parceiro	2,85**	1,53;5,33	2,82**	1,47;5,43	2,16	0,90;5,21
Idade						
15-19	1,00		1,00		1,00	
20-29	2,11	0,95;4,65	2,14	0,97;4,73	2,18	0,95;5,00
30-39	2,82*	1,08;7,35	2,78*	1,05;7,38	2,42	0,92;6,37
40-45	2,84**	1,33;6,03	2,73*	1,29;5,79	1,99	0,89;4,44
2. Família de origem (n=1188)						
Mãe era agredida pelo parceiro						
Não	1,00		1,00			
Sim	1,86**	1,48;2,33	1,68**	1,20;2,36	1,52*	1,09;2,13
Pais separados/não sabe	2,41**	1,64;3,55	2,25**	1,49;3,42	2,05*	1,11;3,82
3. Experiências de vida (n=1182)						
Abuso sexual na infância						
Não	1,00	0,0048			1,00	
Sim	2,53**	1,27;5,05			2,18*	1,06;4,48
Número de gestações						
Nenhuma	1,00				1,00	
1 ou 2	1,67	0,76;3,66			1,45	0,81;2,61
3 ou 4	2,00	0,86;4,66			1,69	0,79;3,60
5 ou mais	3,71*	1,22;11,28			2,77*	1,18;6,50
Problemas com a bebida						
Nunca bebeu / não teve	1,00				1,00	
Teve algum problema	3,39**	1,36;8,42			3,76*	1,28;11,08
Primeira relação sexual						
> 15 anos, não forçada	1,00				1,00	
< 15 anos, não forçada	2,99**	1,72;5,20			2,49**	1,48;4,18
> 15 anos, forçada	1,70*	1,11;2,59			1,41	0,86;2,31
< 15 anos, forçada	7,94**	4,74;13,30			6,99**	3,88;12,60
Autonomia financeira						
Não	1,00				1,00	
Sim	1,80**	1,42;2,28			1,77**	1,28;2,45

Os valores em negrito indicam o modo de leitura da associação na análise hierárquica; ^a OR ajustado; * p<0,01; ** p<0,05

condições socioeconômicas desfavoráveis. No entanto, estudos posteriores devem estudar mais precisamente o significado da raça/etnia na VPI,²⁴ incluindo-se a cor do parceiro e possíveis diferenças internas aos casais.

Ajuda sociocomunitária mostrou-se não associada à VPI. No entanto, talvez a *proxy* de apoio social utilizada não tenha sido a mais adequada, e o tema necessita aprofundamento em estudos posteriores.

Em relação às experiências de infância, relatar que a mãe era agredida pelo parceiro foi reiterado como importante fator de risco, mantendo associação significativa mesmo quando controlado por todas as outras variáveis estudadas, em consonância com a literatura. Esta experiência pode diminuir a capacidade das mulheres de se protegerem no futuro, estando associada a pouco apoio familiar na vida adulta, além de reiterar a idéia de que a violência é natural ou ocorrência banal do cotidiano dos relacionamentos amorosos, para o que não se pode esperar ajuda nem transformação.¹⁸

Abuso sexual na infância manteve associação significativa independentemente de todas as outras variáveis acrescentadas no modelo em ambos os locais, atuando provavelmente na reprodução de valores como banalização da violência ou desqualificação da mulher.⁹

Esses achados da infância – presenciar ou viver o abuso – tornam imperiosa a necessidade de quebrar a transmissão geracional da violência contra a mulher.¹⁸ É possível esperar que ações atuais que reduzam a VPI e o abuso sexual infantil venham a diminuir ocorrências futuras de violência contra a mulher.

Em relação às experiências de autonomia/submissão das mulheres, contrariando a literatura, a “aceitação da violência” não manteve associação com a vivência ou não de VPI. Esta aceitação foi relativamente baixa nos dois locais do estudo e discriminou pouco as mulheres com maior chance de VPI no contexto estudado. Pode-se levantar a hipótese, no entanto, que, apesar de individualmente a aceitação da violência não se configurar como variável associada à VPI, sua maior ocorrência em uma comunidade esteja associada a uma maior prevalência. Neste sentido, podem ser esclarecedores futuros estudos utilizando a análise multinível.¹⁷

Problemas com a bebida estiveram associados nos dois locais de forma consistente, permanecendo no modelo final. Estes problemas podem ser estigmatizantes para as mulheres e devem representar, em parte, formas de lidar com a VPI, além de poderem deflagrar tais episódios.

Diferenças encontradas entre ZMP e SP reforçam uma vez mais a importância das questões de gênero para a compreensão da VPI. A valorização do casamento formal, aliado à castidade feminina,³ poderiam explicar porque, na ZMP, a união informal esteja associada à VPI independentemente de todos os outros fatores estudados, ao contrário do que ocorre em SP, onde ser separada ou viúva é que mostra associação. Provavelmente este fato indica, em consonância com a literatura,¹³ a maior possibilidade de saída das relações violentas para as mulheres paulistas e uma maior vulnerabilidade das mulheres em união estável em ZMP, em relação às formalmente casadas. No entanto, nos dois locais de estudo houve uma prevalência de VPI muito alta entre as separadas, podendo indicar que parte considerável das mulheres não-unidas teve anteriormente relações

violentas e saiu dessas relações justamente por causa da VPI. Também na ZMP, o fato de ter tido a primeira relação até os 15 anos, forçada ou consensualmente, aumenta a chance de sofrer VPI mesmo quando ajustado por características socioeconômicas, ao contrário de SP. Isto retrata provavelmente uma maior condenação sociocultural da iniciação sexual precoce, mesmo quando consentida pela jovem, na ZMP.

Chama atenção a autonomia financeira ser fator de risco para sofrer VPI apenas na ZMP, como no estudo de Bangladesh,¹⁷ que encontrou o mesmo apenas na região rural. Parece que, na ZMP, esta autonomia pode configurar-se como potencial transgressão dos padrões tradicionais de gênero, punida pela VPI. Já em SP, onde a mulher trabalha fora de casa há mais tempo, e por isso é uma situação mais aceitável culturalmente, além de mais valorizada para a composição da renda familiar, e sua associação com VPI não aparece, confirmando a literatura, que aponta que a associação com autonomia financeira parece ser contexto-específica.^{6,15,17} Note-se, no entanto, que autonomia financeira não chega a configurar-se como proteção em SP, o que questiona o argumento de que as mulheres sofreriam VPI sobretudo por sua dependência econômica do parceiro, quando essa questão parece ser dependente de contextos específicos. Uma vez que a autonomia financeira está associada a uma maior violência^{15,17} em regiões rurais, faz-se necessário estudar qual o impacto dos programas de transferência preferencial de renda e propriedade para mulheres, de forma a orientar ações preventivas na sua implantação.

Quanto ao maior número de gestações, embora se mostre em geral associado à VPI, Ellsberg et al⁴ apontam que os episódios de violência iniciam-se pouco tempo após a união e geralmente antes do advento dos filhos. Sugere, assim, que o número aumentado de filhos configuraria mais uma consequência, por perda de participação no planejamento reprodutivo pela mulher, do que causa da violência. Por outro lado, as gestações sucessivas podem também aumentar a dependência econômica da mulher e os conflitos de casal e dificultar a possibilidade de saída da situação, em locais onde há pouco apoio social para o cuidado das crianças. No presente estudo, número de gestações teve um comportamento diferente nos dois locais, sendo o maior risco observado em SP onde a associação com VPI permanece nos três blocos mesmo entre as mulheres que têm apenas uma ou duas gestações. As normas culturais sobre o número ideal de filhos, o trabalho feminino fora do lar, a expectativa de uma divisão mais equitativa das responsabilidades familiares, as condições de exercício dos direitos reprodutivos, que incluem acesso a apoios familiares, institucionais de saúde ou sociais, diferem bastante entre uma metrópole (SP) e regiões rurais que vivem à base do trabalho familiar, incluindo o infantil, como a ZMP.³

Estes achados coincidem com a literatura e indicam o quanto a vigência de normas tradicionais de gênero pode colocar as mulheres em maior risco de VPI quando tratam de afirmar seus direitos reprodutivos e sexuais.^{2,10} As diferenças entre os locais parecem, portanto, estarem mediadas por questões socioculturais, em que se incluem as desigualdades sociais e especialmente as de gênero.

Por tratar-se de estudo transversal, compartilha-se das limitações deste tipo de delineamento quanto a inferências relativas à seqüência temporal dos eventos. Outra limitação é dada pela restrição da análise das associações às características das mulheres, não sendo incluídas as características do parceiro e da comunidade. Por outro lado, acreditamos que a identificação de características de mulheres associadas à VPI pode aumentar a sensibilidade de profissionais de saúde envolvidos na escuta e cuidado de mulheres no Brasil.

Por último, pode haver subestimação da prevalência, tanto da variável dependente como de algumas independentes, como abuso sexual na infância. Buscou-se minimizar ao máximo esta condição, seguindo-se recomendações da literatura,²⁵ por meio das questões de treinamento, de ética da pesquisa, de cuidados no *setting* da entrevista e no questionário.

Em conclusão, os dados apresentados documentam que a VPI é altamente prevalente e tem uma complexa rede de associação, com variações locais. Os aspectos ligados às questões de gênero tiveram grande influência, deslocando em grande parte as variáveis sociodemográficas do modelo, sugerindo ser a questão de gênero preponderante neste tema. Nesse sentido, para reduzir a incidência de VPI seriam necessárias, além das políticas públicas voltadas à assistência das mulheres e meninas em situação de violência, medidas de caráter preventivo que promovam mudanças nos padrões hierárquicos de gênero e busquem maior equidade, social e de gênero. De outro lado, também parece que as interações entre as normas de gênero e as condições socioeconômicas não se dão mecanicamente e sempre na mesma direção, mas são distintas em contextos diversos. Por isto, as políticas públicas de atenção às pessoas ou de prevenção da violência devam matizar as questões sociais, econômicas e as de gênero, respeitando aspectos particulares de suas inter-relações.

No campo da saúde, essas questões implicam a intersecção desse setor com os direitos humanos e sociais, demandando um trabalho que amplie a visibilidade e o apoio às mulheres em situação de VPI.

REFERÊNCIAS

1. Bates LM, Schuler SR, Islam F, Islam MK. Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *Int Fam Plann Perspect.* 2004;30(4):190-9.
2. Counts DA, Brown JK, Campbell JC, eds. *Sanctions & Sanctuary: cultural perspective on the beating of wives.* Boulder, Colorado: Westview Press; 1992.
3. Diniz CSG, Souza CM, Portella AP. Not like our mothers: Reproductive choice and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In: Petchesky R, Judd K, editors. *Negotiating reproductive rights.* London: Zed; 1998. p.31-68.
4. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med.* 2000;51(11):1595-610. DOI:10.1016/S0277-9536(00)00056-3
5. Fanslow JL, Robinson EM, Crengle S, Perese L. Prevalence of child abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse Negl.* 2007;31(9):935-45. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.02.009
6. Flake DF. Individual, family and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence against women.* 2005;11(3):353-73. DOI: 10.1177/1077801204272129
7. Gage Anastasia J. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Soc Sci Med.* 2005;61(2):343-64. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.078
8. Garcia-Moreno C, Jansen HA, 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. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep.* 1999;27(4):1-43.
10. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health.* Geneva: WHO; 2002. p.91-121.
11. Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L, Garcia-Moreno C. Interviewer training in the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Violence against women.* 2004;10(7):831-49. DOI: 10.1177/1077801204265554
12. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2002;55(9):1603-17. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00294-5
13. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002;359(9315):1423-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08357-5
14. Kishor S, Johnson KS. *Profiling domestic violence: a multi-country study.* Caverton: ORC Macro; 2004.
15. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Khorshed Alam Mozumder AB. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual – and community – level effects. *Demography.* 2003;40(2):269-88. DOI: 10.1353/dem.2003.0014
16. Ludermir AB, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Jr I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2008;66(4):1008-18. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.10.021
17. Naved RT, Persson LA. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangladesh. *Stud Fam Plann.* 2005;36(4):289-300. DOI: 10.1111/j.1728-4465.2005.00071.x
18. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra – and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006;30(6):599-617. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.12.005
19. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martinez E, Castro R, Hernandez-Avia M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. *Salud Publica Mex.* 2004;46(2):113-22. DOI: 10.1590/S0036-36342004000200005
20. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):797-807. DOI: 10.1590/S0034-89102007000500014
21. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren GB. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):276-88. DOI: 10.1111/j.0001-6349.2004.0222.x
22. Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, Brownson RC. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2002;22(3):156-64. DOI: 10.1016/S0749-3797(01)00431-7
23. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. DOI: 10.1093/ije/26.1.224
24. West CM. Black women and intimate partner violence: new directions for research. *J Interpers Violence.* 2004;19(12):1487-93. DOI: 10.1177/0886260504269700
25. WHO. *Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women.* Geneva; 1999. (WHO/EIP/GPE/99.2).
26. Xu X, Zhu F, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell J. Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *Am J Public Health.* 2005;95(1):78-95. DOI: 10.2105/AJPH.2003.023978