

# Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

*Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019*

Nádia Machado de Vasconcelos<sup>1</sup> , Fabiana Martins Dias de Andrade<sup>1</sup> ,  
Crizian Saar Gomes<sup>1</sup> , Isabella Vitral Pinto<sup>1</sup> , Deborah Carvalho Malta<sup>II</sup> 

**RESUMO:** *Objetivo:* Estimar a prevalência da violência por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas no país e os fatores associados a ela. *Métodos:* Estudo epidemiológico transversal quantitativo utilizando base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência bruta e ajustada da violência por parceiro íntimo nos últimos 12 meses segundo características sociodemográficas. *Resultados:* A violência por parceiro íntimo foi relatada por 7,60% das mulheres brasileiras de 18–59 anos, com maior prevalência entre as mais jovens (8,96%), aquelas que se autodeclararam pretas (9,05%), com menor escolaridade (8,55%) e baixa renda (8,68%). Após análise ajustada, permaneceram associadas à violência por parceiro íntimo as faixas etárias 18–24 anos (RPa: 1,41) e 25–39 anos (RPa: 1,42) e renda menor que um salário mínimo (RPa: 1,55). *Conclusões:* A violência por parceiro íntimo se associou às mulheres mais jovens e com pior renda. Esses resultados apontam a necessidade de desenvolvimento de políticas intersetoriais, especialmente as relacionadas à redução das desigualdades sociais e para o enfrentamento da violência por parceiro íntimo entre mulheres adultas.

**Palavras-chave:** violência por parceiro íntimo. violência de gênero. epidemiologia. estudos transversais. inquéritos epidemiológicos.

<sup>I</sup>Programa de pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autora para correspondência:** Nádia Machado de Vasconcelos. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: nadiamv87@yahoo.com.br

**Conflito de interesses:** Nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (MS). TED 147/2018.

**ABSTRACT:** *Objective:* To estimate the prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil. *Methods:* Quantitative cross-sectional epidemiological study using the database of the National Survey of Health 2019. The prevalence in the last 12 months and crude and adjusted prevalence ratios of intimate partner violence were calculated, stratified by sociodemographic characteristics. *Results:* Intimate partner violence was reported by 7.60% of Brazilian women aged from 18 to 59 years, with higher prevalence among younger women (8.96%), black women (9.05%), those with lower education level (8.55%) and low income (8.68%). After adjusted analysis, the age groups of 18–24 years old (PRadj: 1.41) and 25–39 years old (PRadj: 1.42) and income lower than one minimum wage (PRadj: 1.55) remained associated with intimate partner violence. *Conclusions:* Intimate partner violence was associated with younger and poorest women. This result points to the need to develop intersectoral policies, especially those aimed at reducing social inequalities and at the coping with intimate partner violence among adult women.

**Keywords:** Intimate partner violence. Gender-based violence. Epidemiology. Cross-sectional studies. Health surveys.

## INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI), entendida como “qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” cometido por parceiros atuais ou prévios<sup>1</sup>, constitui problema de saúde pública global e evidente atentado aos direitos humanos<sup>2</sup>.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que aproximadamente 30% das mulheres acima de 15 anos foram vítimas de VPI do tipo física e sexual ao menos uma vez na vida<sup>3</sup>. Para o Brasil, meta-análise realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2019 concluiu que 16,7% de mulheres entre 15 e 49 anos sofreram VPI física e/ou sexual na vida e 3,1% no último ano<sup>4</sup>. Mais do que evento isolado na vida da mulher, a VPI pode fazer parte de um padrão contínuo de abuso<sup>5</sup> e, no Brasil, aproximadamente 33% das mulheres vítimas de VPI relatam recorrência da violência<sup>6</sup>.

A VPI é importante causa de morbidade e incapacidade, sendo reconhecida como determinante da saúde e do bem-estar, além de aumentar o risco de morte prematura, não apenas diretamente, mas pelo desenvolvimento de agravos de saúde<sup>7</sup>. Estima-se que, nos últimos 20 anos, aproximadamente 175 mil anos de vida ajustados por incapacidade foram perdidos por ano no Brasil como resultado da VPI e mais de 80 mil anos potenciais de vida perdidos entre mulheres de 15–49 anos em 2019<sup>8</sup>.

A VPI está associada a iniquidades sociais, com estudos mostrando maiores prevalências de VPI em mulheres negras e com baixa escolaridade<sup>9</sup>. O fato de a VPI se associar a regiões com maior índice de homicídios masculinos<sup>10</sup> e de ambos os agravos se relacionarem às desigualdades socioeconômicas mostra que a Saúde Pública tem importante papel na compreensão da complexa interação entre as desvantagens econômicas e os processos de saúde-doença<sup>11</sup>, o que torna o monitoramento dos fatores associados à VPI essencial.

Nesse contexto, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), considerado o mais importante dos inquéritos de saúde brasileiros, sendo a maior, mais completa e abrangente pesquisa de saúde já realizada no país<sup>12</sup>, fornece informações sobre os determinantes, condicionantes e as necessidades de saúde da população, permitindo estabelecer medidas consistentes capazes de auxiliar a elaboração de políticas públicas e alcançar maior efetividade nas intervenções em saúde<sup>13</sup>.

Destaca-se que no Brasil nenhum estudo anterior de abrangência nacional estimou a VPI e seus subtipos em amostra representativa da população. A ampliação do conhecimento sobre VPI em mulheres é fundamental para a produção de estratégias de enfrentamento, garantindo, assim, o direito das mulheres à vida e à equidade.

Considerando-se a importância de estudar a VPI e a magnitude da PNS para as políticas públicas, este estudo objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à VPI sofrida por mulheres adultas no país.

## MÉTODOS

### DELINEAMENTO E FONTE DE DADOS

Estudo epidemiológico transversal, de caráter analítico e abordagem quantitativa, utilizando dados da PNS 2019. A pesquisa avaliou indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes em domicílios particulares permanentes do Brasil.

A amostra da PNS originou-se de uma amostra mestra previamente estabelecida e constituiu-se em um plano por conglomerados de três estágios de seleção: setores censitários ou conjunto de setores (unidades primárias), domicílios (unidades secundárias) e moradores adultos (unidades terciárias). O tamanho mínimo definido para a amostra foi de 108.525 e a amostra final foi de 94.114 domicílios com entrevista realizada, com uma taxa de resposta de 93,6% (n=90.846). Para o presente estudo, selecionaram-se as mulheres entre 18–59 anos de idade que responderam ao módulo de violência (n=34.334). Mais detalhes sobre a metodologia da PNS podem ser vistos em publicação específica<sup>14</sup>.

### VARIÁVEIS

A variável desfecho, VPI, foi construída utilizando-se as perguntas do módulo de violência (V). Em 2019, esse módulo do questionário foi reformulado, permitindo melhor caracterização dos tipos de violência sofrida, além de identificar os perpetradores de cada tipo e seu vínculo com a vítima.

Considerou-se a presença de violência quando a mulher respondeu sim para qualquer das alternativas das seguintes perguntas do questionário, relativas às violências psicológica, física e sexual, respectivamente:

- V2: Nos últimos 12 meses, alguém:
  - a) te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?;

- b) gritou com você ou te xingou?;
- c) usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?;
- d) ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?;
- e) destruiu alguma coisa sua de propósito?;
- V14: nos últimos 12 meses, alguém:
  - a) te deu um tapa ou uma bofetada?;
  - b) te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?;
  - c) te deu um soco, chute ou arrastou pelo cabelo?;
  - d) tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito e te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?;
- V27: nos últimos 12 meses, alguém:
  - a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?;
  - b) te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

A violência foi considerada por parceiro íntimo quando a mulher afirmou que foi perpetrada por:

1. Cônjuge ou companheiro(a);
2. Ex-cônjuge ou ex-companheiro;
3. Parceiro(a), namorado(a), ex-parceiro(a); ex-namorado(a).

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram: faixa etária (18–24 anos; 25–39 anos e 40–59 anos); escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior); raça/cor da pele (branca, preta e parda); região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); renda (até um salário mínimo [SM]; mais de um até três SM; mais de três até cinco SM; acima de cinco SM). As raças/cores da pele amarela e indígena estão contidas no total, porém o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não divulga esses dados de forma discriminada pelo pequeno número de observações e elevado coeficiente de variação.

## ANÁLISE DE DADOS

Na análise descritiva, calcularam-se as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (intervalo de confiança [IC] 95%) da VPI total segundo as características sociodemográficas.

Para avaliar os fatores associados a VPI, estimaram-se as razões de prevalência (RP) e os respectivos IC95% utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Primeiramente, realizaram-se as análises bivariadas entre a VPI (desfecho) e cada variável sociodemográfica (explicativa), sendo estimadas as RP brutas (RPb). Após, foi realizado o

modelo multivariado, em que as variáveis explicativas com pelo menos uma categoria apresentando valor  $p \leq 0,20$  foram incluídas no modelo gradativamente. O modelo final foi considerado ao nível de significância de 5%.

Em virtude do desenho amostral complexo e das probabilidades distintas de seleção, a análise da PNS necessita de definição prévia de pesos amostrais para domicílios e para os moradores selecionados. O peso final utilizado é o produto do inverso das expressões de chance de seleção de cada estágio da amostra e compreende a correção de não respostas e ajustes dos totais populacionais<sup>14</sup>.

Utilizou-se o Software for Statistics and Data Science (Stata) versão 14.0 para análise dos dados por meio do módulo *survey*, que considera efeitos do plano amostral.

## ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes informaram consentimento no momento da entrevista. O projeto da PNS foi encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. O presente estudo utilizou dados secundários da PNS e por isso não necessitou ser apreciado pelo comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 34.334 mulheres. A maioria tinha entre 40–59 anos (46,16%), possuía ensino médio completo a superior incompleto (41,20%), autodeclarou-se de cor parda (45,25%), residia na região Sudeste (42,65%) e ganhava até um SM por mês (56,21%) (Tabela 1).

A prevalência total de VPI foi de 7,60%, tendo a violência psicológica maior prevalência (7,07%), seguida pela física (2,75%) e sexual (0,68%) (Figura 1).

Observou-se maior prevalência de VPI em mulheres de 18–24 anos (8,96%), seguidas das mulheres de 25–39 anos (8,88%). As mais jovens tiveram prevalência 47% mais elevada (valor  $p < 0,01$ ) que as mulheres de 40–59 anos (6,08%) e as com idade intermediária, 46% acima daquelas mais velhas (valor  $p < 0,01$ ). A prevalência nas mulheres com menor escolaridade (8,55%) foi 26% (valor  $p = 0,040$ ) acima da prevalência das mulheres com superior completo (6,79%); nas que se autodeclararam de cor da pele preta (9,05%), 25% (valor  $p = 0,049$ ) mais elevada que entre as mulheres que se autodeclararam brancas (7,22%); das mulheres com rendimento menor que um SM (8,68%), 65% (valor  $p = 0,007$ ) maior que a das mulheres que ganhavam acima de cinco SM (5,26%). Entre as regiões do Brasil, a Nordeste teve maior prevalência (8,17%) e a Sul menor prevalência (6,77%). (Tabela 2)

No modelo multivariado, observou-se que mulheres de 18–24 anos (RPa: 1,41) e 25–39 anos (RPa: 1,42) tiveram maiores prevalências de VPI, além das com renda menor que um SM (RPa: 1,55). As outras variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa. (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada (n=34.334). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

	Prevalência	IC95%	
	%	Limite superior	Limite inferior
<b>Faixa etária</b>			
18–24	16,88	16,03	17,77
25–39	36,96	36,02	37,90
40–59	46,16	45,19	47,13
<b>Escolaridade</b>			
Sem instrução e fundamental incompleto	25,08	24,20	25,98
Fundamental completo e médio incompleto	14,53	13,86	15,22
Médio completo e superior incompleto	41,20	40,24	42,16
Superior	19,20	18,35	20,08
<b>Raça/cor da pele</b>			
Branca	41,91	40,88	42,94
Preta	11,59	10,98	12,22
Parda	45,25	44,28	46,22
<b>Região de residência</b>			
Norte	8,20	7,83	8,58
Nordeste	27,03	26,24	27,85
Sudeste	42,65	41,49	43,81
Sul	14,25	13,62	14,90
Centro-Oeste	7,80	7,46	8,30
<b>Renda</b>			
Até 01 SM	56,21	55,08	57,34
Mais de 01 até 03 SM	34,12	33,15	35,11
Mais de 03 até 05 SM	5,54	5,09	6,04
Acima de 05 SM	4,12	3,72	4,57

SM: salário-mínimo. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; IC: intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

A VPI foi declarada por aproximadamente 8% das mulheres brasileiras, com maior prevalência para a violência psicológica. Estratificando pelas características sociodemográficas, as maiores prevalências foram entre as mais jovens, com menor escolaridade, que se autodeclararam de cor da pele preta, residentes da região Nordeste e com menor renda. No modelo ajustado, permaneceram associadas a idade (mulheres de 18–24 anos e 25–39 anos) e a baixa renda.

A mudança do questionário no módulo de violência da PNS 2019 ampliou a possibilidade de se estudar a VPI em um inquérito de saúde de base populacional, analisando seus subtipos. A prevalência de VPI encontrada neste estudo foi de 7,60%. Estudo realizado com a PNS 2013 encontrou uma prevalência de 3,10% de violência contra as mulheres cometida por pessoas conhecidas, o que também incluiu familiares, amigos e vizinhos<sup>15</sup>. Outro estudo com a PNS 2013 chegou a uma prevalência de VPI de 1,58% entre mulheres<sup>16</sup>. Porém o enfoque da PNS 2013 era apenas nas violências e agressões físicas<sup>17</sup>, o que pode ter levado à subestimação da VPI. Em 2012, inquérito de base populacional conduzido pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas encontrou prevalência de 6,3% de VPI entre mulheres adultas<sup>18</sup>, percentual próximo ao encontrado no presente estudo. Ressalta-se que esse último estudo se restringiu a mulheres que coabitavam com seus parceiros.

A VPI contra mulheres é uma das formas que a violência de gênero pode assumir. Essa violência pode ser entendida como uma relação de poder gerada a partir dos papéis sociais impostos às mulheres e aos homens que transcende as características biológicas de cada um<sup>19</sup>. A descrição de masculinidade se baseia em noções de domínio, insensibilidade e honra, que levam à interpretação da violência como característica inerente aos homens<sup>20</sup>.

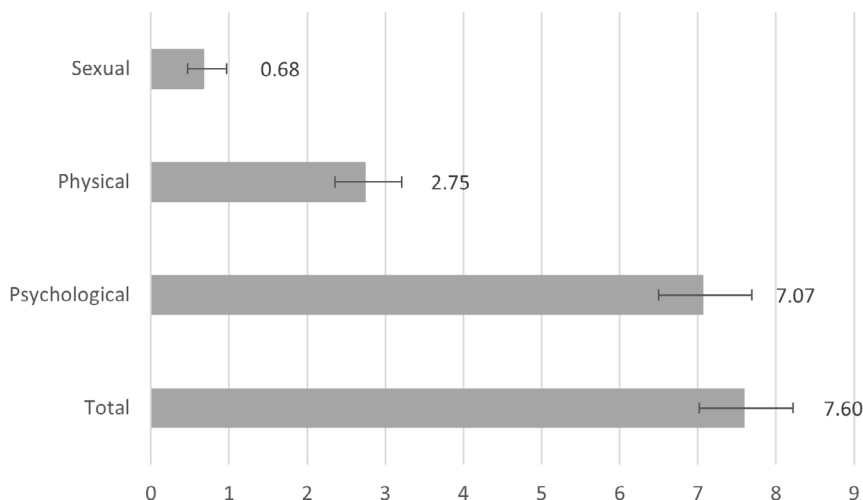


Figura 1. Prevalência da violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas por subtipo de violência. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência bruta da violência perpetrada por parceiro íntimo em mulheres adultas segundo características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

	Violência por parceiro íntimo			
	Prevalência (IC95%)	RPb	IC95%	Valor p
<b>Faixa etária (anos)</b>				
18–24	8,96 (7,26–11,01)	1,47	1,15–1,88	0,002
25–39	8,88 (8,03–9,82)	1,46	1,26–1,69	0,000
40–59	6,08 (5,38–6,86)	1,00		
<b>Escolaridade</b>				
Sem instrução e fundamental incompleto	8,55 (7,40–9,86)	1,26	1,01–1,57	0,040
Fundamental completo e médio incompleto	8,29 (7,11–9,65)	1,22	0,94–1,58	0,132
Médio completo e superior incompleto	7,16 (6,30–8,12)	1,05	0,82–1,35	0,681
Superior	6,79 (5,55–8,34)	1,00		
<b>Raça/cor da pele</b>				
Preta	9,05 (7,56–10,79)	1,25	1,00–1,57	0,049
Parda	7,58 (6,91–8,30)	1,05	0,90–1,23	0,555
Branca	7,22 (6,27–8,31)	1,00		
<b>Região de residência</b>				
Nordeste	8,17 (7,45–8,96)	1,21	1,01–1,44	0,039
Sudeste	7,63 (6,48–8,97)	1,13	0,90–1,41	0,293
Centro-Oeste	7,35 (6,33–8,52)	1,09	0,88–1,34	0,448
Norte	7,23 (6,34–8,24)	1,07	0,87–1,31	0,521
Sul	6,77 (5,81–7,88)	1,00		
<b>Renda</b>				
Até 01 SM	8,68 (8,01–9,40)	1,65	1,15–2,37	0,007
Mais de 01 até 03 SM	6,40 (5,16–7,91)	1,22	0,81–1,83	0,348
Mais de 03 até 05 SM	5,84 (4,29–7,90)	1,11	0,75–1,65	0,609
Acima de 05 SM	5,26 (3,70–7,44)	1,00		

RPb: razão de prevalência bruta; SM: salário-mínimo; IC: intervalo de confiança. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.



Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência ajustada da violência perpetrada por parceiro íntimo em mulheres adultas segundo características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

	Violência por parceiro íntimo		
	RPa	IC95%	Valor p
<b>Faixa etária (anos)</b>			
18–24	1,41	1,10–1,82	0,007
25–39	1,42	1,23–1,65	0,000
40–59	1,00		
<b>Escolaridade</b>			
Sem instrução e fundamental incompleto	1,17	0,92–1,49	0,209
Fundamental completo e médio incompleto	1,01	0,77–1,32	0,950
Médio completo e superior incompleto	0,88	0,68–1,12	0,295
Superior	1,00		
<b>Raça/cor da pele</b>			
Preta	1,12	0,89–1,40	0,338
Parda	0,93	0,78–1,11	0,440
Branca	1,00		
<b>Região de residência</b>			
Nordeste	1,08	0,88–1,34	0,463
Sudeste	1,13	0,89–1,43	0,330
Centro-oeste	1,07	0,85–1,35	0,557
Norte	0,97	0,77–1,22	0,775
Sul	1,00		
<b>Renda</b>			
Até 01 SM	1,55	1,08–2,23	0,018
Mais de 01 até 03 SM	1,22	0,79–1,86	0,369
Mais de 03 até 05 SM	1,09	0,73–1,62	0,666
Acima de 05 SM	1,00		

RPa: razão de prevalência ajustada; SM: salário mínimo; IC: intervalo de confiança. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Paralelamente, existe a construção do ideal de mulher, que deve ser obediente, cuidar da casa e dos filhos e se manter fiel ao parceiro<sup>21</sup>. Existe, então, uma ideia de posse do homem sobre a mulher, justificando o ciúme obsessivo e o comportamento controlador, com abusos psicológicos sendo via de dominação<sup>5</sup>. Várias culturas naturalizam a VPI e consideram que, a fim de reprimir a mulher e reafirmar a hierarquia da relação, os homens possuem o direito de infringir punições físicas a suas parceiras e de manter relações sexuais contra a vontade delas<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, os vários tipos de violência se encontram muitas vezes sobrepostos, e a psicológica é a que ocorre mais frequentemente isolada, mas também acompanha as outras duas<sup>23</sup>, e a violência física vem acompanhada de coerção psicológica e abuso sexual<sup>24</sup>. Em geral, a violência sexual cometida pelo parceiro íntimo não é reconhecida pela mulher por conta da cultura patriarcal que associa a prática sexual ao dever da esposa, mesmo que de forma não consensual<sup>23</sup>. Schraiber *et al.*<sup>23</sup> analisaram as prevalências encontradas em um estudo transversal realizado pela OMS entre 2000 e 2003 e concluíram que a violência psicológica teve prevalência de 37,6% na cidade de São Paulo (SP) e 32% na Zona da Mata Pernambucana (ZMP). As violências físicas (8,5% em SP e 4,1% na ZMP) e sexual (0,5% em SP e 1,9% na ZMP) tiveram prevalências similares às do atual estudo.

Observaram-se no presente estudo maiores prevalências de VPI em mulheres mais jovens, associação que se manteve significativa após ajuste pelas outras variáveis. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. O estudo da OMS, por exemplo, mostrou que no Brasil a VPI se concentrou na faixa etária de 20–39 anos<sup>23</sup>. Outro estudo com dados de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre 2011 e 2017, também apresentou maiores proporções de VPI nessa mesma faixa etária<sup>25</sup>. Uma possível explicação para esse achado deve-se ao fato de as mulheres mais jovens poderem se encontrar em maior dependência do companheiro para cuidar dos filhos e sustentar a casa<sup>26</sup>. Em contrapartida, mulheres mais velhas podem ter maior autonomia financeira e social, o que lhes confere uma vantagem para se desvencilharem de relacionamentos abusivos<sup>27</sup>.

Este estudo apresentou diminuição da prevalência da VPI nas mulheres mais escolarizadas. Sabe-se que mulheres com maior nível educacional possuem maior acesso à recursos social, cultural e financeiro, necessários para interromper o ciclo de violência<sup>25</sup>. Estudo descritivo com dados dos atendimentos de serviços de urgência e emergência pesquisados pelo inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito) 2014 mostrou que, entre as vítimas de VPI, mais da metade apresentava baixa escolaridade<sup>28</sup>. Esse fato é corroborado por uma revisão sistemática com meta-análise publicada em 2018, em que os resultados mostraram que mulheres sem ensino médio completo apresentavam 40% maior chance de vivenciar VPI na vida adulta<sup>9</sup>. Embora a escolaridade não tenha permanecido no modelo multivariado, a renda permaneceu, e sabe-se que a escolaridade é pré-requisito para entrada no mercado de trabalho, sendo uma *proxy* para renda<sup>29</sup>.

A VPI foi mais elevada em mulheres que se autodeclararam de cor da pele preta, o que é corroborado pela literatura. Estudo mostrou que mulheres que se autodeclararam brancas apresentam 28% menos chance de ser vítima de VPI<sup>9</sup>, enquanto um estudo ecológico que

utilizou o coeficiente médio padronizado da mortalidade feminina por agressão como marcador de feminicídio nos triênios de 2007–2009 e 2011–2013 concluiu que mulheres da raça negra têm o dobro de chance de morrer por essa causa em comparação com brancas<sup>10</sup>. A raça não pode ser entendida apenas a partir de variações genéticas<sup>30</sup>, ela é considerada uma variável social, que carrega o peso das construções históricas e culturais e que representa um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais<sup>31</sup>. No Brasil, a raça negra funciona como um marcador de desvantagem social, comportando-se como *proxy* para situações socioeconômicas desfavoráveis<sup>32</sup>. No estudo atual, a raça/cor da pele não se manteve no modelo final, entretanto pode haver relação entre raça, escolaridade e renda. Portanto, não necessariamente mulheres pardas e pretas sofrem mais VPI, mas sim acumulam vulnerabilidades, o que pode levar à dificuldade em romper com o agressor e com situações crônicas de violências.

Este estudo encontrou associação entre VPI e baixa renda. A VPI se relaciona às atitudes controladoras do parceiro, que muitas vezes impede a saída da mulher de sua casa e danifica suas relações sociais<sup>5</sup>. Esse contexto pode favorecer a menor autonomia financeira da mulher e a diminuição da sua renda<sup>33</sup>. Outrossim, mulheres vítimas de VPI apresentam maiores taxas de absenteísmo, ou seja, faltas no trabalho, o que leva à instabilidade de empregos e aumenta a dependência da mulher ao seu agressor, contribuindo para a maior exposição à VPI<sup>34</sup>. No modelo ajustado, a associação entre baixa renda e VPI se manteve significativa, resultado que reforça a importância de as políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres repensarem estratégias para além da proteção às mulheres e punição dos agressores, avançando na garantia da autonomia financeira e do direito à moradia, o que permitirá romper o ciclo da VPI.

No contexto regional, estudo de base populacional conduzido em 16 capitais do país mostrou que estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste tiveram 11,2% de prevalências para violência física grave, enquanto no Norte e Nordeste essa prevalência foi de 19%<sup>35</sup>. Por classificar os tipos de violência a partir de gravidade, a comparação com o atual estudo pode não ser fidedigna. Além disso, no estudo atual, embora a prevalência de VPI tenha sido maior no Nordeste em comparação com o Sul, essa associação desapareceu no modelo final. As diferenças regionais para a VPI parecem ser explicadas pela disparidade nas taxas de desemprego e violência urbana das comunidades, além de fatores macroestruturais que se referem a normas culturais sobre gênero, acesso a políticas públicas em bem-estar, educação e emprego<sup>35</sup>. Estudos locais são necessários para identificar regiões com maior concentração de violência.

Reunir dados sobre a VPI gera evidências que servem de valioso guia para a construção de programas e políticas públicas capazes de levar a uma redução da violência<sup>22</sup>. Infelizmente, as crises política, econômica e social que se iniciaram em 2015 e as medidas de austeridade estabelecidas pela Emenda Constitucional 95 em 2016, que limitou os gastos públicos por 20 anos, trouxeram desmontes e retrocessos das políticas de proteção social para a população brasileira e atingiram de forma desigual os grupos em situação de vulnerabilidade<sup>36</sup>. No que tange à VPI, a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres foi esvaziada e, em 2019, o programa Casa da Mulher Brasileira, que visa integrar em um mesmo local os

atendimentos jurídico e assistencial das mulheres em situação de violência<sup>37</sup>, não recebeu nenhum investimento<sup>38</sup>. No atual governo, o discurso conservador legitima o domínio masculino sobre a mulher<sup>39</sup> e encobre o machismo estrutural, palpável no posicionamento oficial contrário ao aborto em qualquer circunstância<sup>40</sup>, inclusive com tentativa de impedir o atendimento as vítimas de estupro<sup>41</sup>. Ademais, as medidas para facilitar o acesso às armas podem aumentar o risco das mulheres em situação de violência, fato que já tem sido evidenciado com o aumento nos índices de feminicídio no país<sup>42</sup>.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o desenho transversal, que impossibilita determinar causalidade. Além disso, a amostra exclui populações de rua, asilos, quilombos e aldeias. Acredita-se que a prevalência de VPI seja subestimada, pois existe maior chance de as mulheres ocultarem a ocorrência de um ato violento em razão da estigmatização dessa condição<sup>43</sup>. As medidas adotadas para tentar minimizar essa limitação foram assegurar privacidade na entrevista, afastando a mulher de um possível agressor, e possibilitar a resposta ao módulo diretamente no dispositivo, de forma a minimizar o possível constrangimento. Ademais, para reduzir a falta de entendimento das violências sofridas, várias situações foram especificadas para melhor caracterizar os eventos. Entretanto as perguntas se restringiram às violências psicológica, física e sexual, não abordando outros tipos, como a patrimonial e moral, de mais difícil delimitação.

Em conclusão, os dados da PNS 2019 mostram que a VPI está relacionada a fatores macrosociais (classe social, raça/cor da pele como *proxy* da iniquidade e educação) e geracionais. A VPI pode ser evitada e seu impacto minimizado, e isso depende da articulação intersetorial das áreas de saúde, justiça, segurança pública e educação, para atuar de forma integrada no desenvolvimento de políticas de proteção à vida, à integridade e ao direito das mulheres. A Política de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres deve direcionar sua atenção à garantia do direito a educação, renda, emprego, saúde e moradia.

Ressalta-se que a PNS pela primeira vez se aprofundou na investigação da VPI em uma amostra representativa da população brasileira, especificando diversas situações para melhor caracterizar o evento e discriminar o agressor de cada tipo de violência. Nesse sentido, os achados deste estudo servirão para apoiar a vigilância de violências, monitorar o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030<sup>44</sup>, bem como podem auxiliar na construção de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades e iniquidades sociais. Além disso, este estudo permite a construção de uma linha de base das informações da PNS sobre VPI que ajudará no monitoramento dos desdobramentos ocorridos na sociedade em função do posicionamento conservador e da restrição de direitos pela qual o país passa neste momento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico a bolsa produtividade para a autora Deborah Carvalho Malta. E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior a bolsa de doutorado da autora Fabiana Martins Dias de Andrade.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010. 94 p.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. 51 p.
- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Pública* 2019; 43 (e26). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50485>
- Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams Mendoza J. Violencia contra las mujeres en America Latina y el Caribe: Analisis comparativo de datos poblacionales de 12 paises. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 2014. 164 p.
- Barros CRS, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006385>
- Sandoval GA, Marinho F, Delaney R, Pinto IV, Lima CMD, Costa RM, et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health* 2020; 179: 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.019>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle: University of Washington; 2020. [Acessado em 24 maio 2021]. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JL, Glavin CEY, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *Am J Public Health* 2018; 108 (7): e1-11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>
- Meneghel SN, Rosa BAR, Ceccon RF, Hirakata VN, Danilevicz IM. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Cien Saude Colet* 2017; 22 (9): 2963-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.22732015>
- Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saude Publica* 2018; 34 (12): e00012818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012818>
- Malta DC, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB. Primeiros resultados da análise do laboratório da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22 (Suppl 2): 2-4. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.2>
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19 (2): 333-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
- Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol e Serviços Saude* 2020; 29 (5): e2020315. <http://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
- Mascarenhas MDM, Sinimbu RB, Malta DC, Silva MMA, Santos AF, Vieira MLFP, et al. Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22 (11): 3763-71. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.08672016>
- Silva AN, Azeredo CM. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2019; 24 (7): 2691-700. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.25002017>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2016; 38 (2): 98-105. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1798>
- Santos RG, Moreira JG, Fonseca ALG, Gomes Filho ADS, Ifadireó MM. Violência contra a Mulher à partir das teorias de gênero. ID line *Rev Psicol* 2019 [acessado em 24 maio 2021]; 13 (44): 97-117. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476>
- Santos CM, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Estud Interdiscip Am Lat y el Caribe* 2005 [acessado em 26 maio 2021]; 16 (1): 147-64. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4004126>

21. Pedro CB, Guedes OS. As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. An do I Simpósio sobre Estud Gênero e Políticas Públicas 2010 [acessado em 26 maio 2021]; 1-10. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/1.ClaudiaBraganca.pdf>
22. Krug EG, Dahlber LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. 380 p.
23. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitr AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41 (5): 797-807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
24. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359 (9314): 1331-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
25. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23 (Suppl 1): E200007. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>
26. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF e D'Avila S. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19 (4): 740-52. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>
27. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica* 2016; 32 (4): e00011415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011415>
28. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica* 2018; 34 (4): e00062317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062317>
29. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33 (2): 109-16. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200016>
30. Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ* 2004; 328 (7447): 1070-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7447.1070>
31. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* 2009; 13 (31): 383-94. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
32. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012; 3 (2): 231-80. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
33. Wathen CN, MacGregor JCD, MacQuarrie BJ. Relationships among intimate partner violence, work, and health. *J Interpers Violence* 2018; 33 (14): 2268-90. <https://doi.org/10.1177/0886260515624236>
34. Goodman LA, Smyth KF, Borges AM, Singer R. When crises collide: how intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? *Trauma Violence Abuse* 2009; 10 (4): 306-29. <https://doi.org/10.1177/1524838009339754>
35. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22 (2): 425-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200020>
36. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15 (5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
37. Menicucci E. Casa da Mulher Brasileira começa a virar realidade. *Correio Braziliense*. 2014 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <http://www.observatoriodenegenero.gov.br/menu/noticias/casa-da-mulher-brasileira-comeca-a- virar-realidade-artigo-2013-eleonora-menicucci>
38. Confederação nacional dos trabalhadores na saúde. Governo corta verba de pasta que combate violência doméstica. 2020 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/governo-corta-verba-de-pasta-que-combate-violencia-domestica/>
39. Barbiéri LF. Damares diz que na "concepção cristã" mulher deve ser "submissa" ao homem no casamento. *G1*; 2019 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/04/16/damares-diz-que-em-sua-concepcao-crista-mulher-deve-ser-submissa-ao-homem-no-casamento.gh.html>
40. Cazarré M. Ministra Damares fala contra aborto no Parlamento argentino. Agência Brasil [Internet]. 2019 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-05/ministra-damares-fala-contra-aborto-no-parlamento-argentino>
41. Vila-Nova C. Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. Folha de São Paulo. 2020 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>

42. Sudré L. A crise tem rosto de mulher: elas são as mais afetadas pela precarização no país. *Brasil de Fato*. 2020 [acessado em 24 maio 2021]; Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/08/a-crise-tem-rosto-de-mulher-precario-e-desmonte-de-politicas-afetam-mais-elas>
43. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32 (1): 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>
44. United Nations. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015.

Recebido em: 30/05/2021

Revisado em: 22/06/2021

Aceito em: 24/06/2021

Preprint em: 10/09/2021

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2932>

Contribuições dos autores: NMV: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. FMDA: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. CSG: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. IVP: C conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. DCM: conceituação, curadoria de dados, análise formal, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição.

