



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Blima Schraiber, Lilia; D'Oliveira, Ana Flávia P L; França-Junior, Ivan; Diniz, Simone;
Portella, Ana Paula; Ludermir, Ana Bernarda; Valença, Otávio; Couto, Márcia Thereza
Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil
Revista de Saúde Pública, vol. 41, núm. 5, outubro, 2007, pp. 797-807
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240162014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Líli Blima Schraiber^I

Ana Flávia P L D'Oliveira^I

Ivan França-Junior^{II}

Simone Diniz^{III}

Ana Paula Portella^{IV}

Ana Bernarda Ludermit^V

Otávio Valença^{VI}

Márcia Thereza Couto^I

Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil

Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os resultados do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* sobre a prevalência da violência contra mulheres por parceiros íntimos encontrada no Brasil.

MÉTODOS: Estudo transversal integrante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*, realizado em dez países, entre 2000-2003. Em todos os locais foi utilizado questionário estruturado padronizado, construído para o estudo. Para conhecer contrastes internos a cada país, a maior cidade e uma região rural foram investigadas, sempre que factível. Foi selecionada amostra representativa da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco constituída por mulheres de 15 a 49 anos de idade. Foram incluídas 940 mulheres de São Paulo e 1.188 de Pernambuco, que tiveram parceria afetivo-sexual alguma vez na vida. A violência foi classificada nos tipos psicológica, física e sexual, sendo analisadas suas sobreposições, recorrência dos episódios, gravidade e época de ocorrência.

RESULTADOS: Mulheres de São Paulo e Pernambuco relataram, respectivamente, ao menos uma vez na vida: violência psicológica (N=383; 41,8% e N=580; 48,9%), física (266; 27,2% e 401; 33,7%); sexual (95; 10,1% e 170; 14,3%). Houve sobreposição dos tipos de violência, que parece associada às formas mais graves de violência. A maior taxa da forma exclusiva foi, para São Paulo e Pernambuco, a da violência psicológica (N=164; 17,5% e N=206; 17,3%) e a menor da violência sexual (N=2; 0,2% e 12; 1,0%)

CONCLUSÕES: Os resultados mostram a violência como um fenômeno de alta frequência. Os achados reiteram estudos internacionais anteriores quanto à grande magnitude e superposições das violências por parceiro íntimo.

DESCRIPTORIOS: Mulheres maltratadas. Violência contra a mulher. Maus-tratos conjugais. Violência doméstica. 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} Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde. São Paulo, SP, Brasil

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

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

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

Correspondência | Correspondence:

Líli Blima Schraiber
Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo 455 2º andar - Cerqueira César
01246-903 São Paulo-SP
E-mail: vawbr@usp.br

Recebido: 7/6/2006

Revisado: 2/4/2007

Aprovado: 8/5/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the results from the “WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence”, on the prevalence of intimate partner violence against women found in Brazil.

METHODS: This cross-sectional study was part of the “WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against women”, which was carried out in ten countries between 2000 and 2003. All the countries used a standardized structured questionnaire, devised for this study. In order to obtain data from contrasting settings within each country, the biggest city and a rural region were investigated whenever feasible. A representative sample of women aged 15 to 49 years was selected from the city of São Paulo and 15 municipalities in a rural region of the northeast, the *Zona da Mata de Pernambuco*. The study included 940 women from São Paulo and 1,188 from *Zona da Mata de Pernambuco* who had had an intimate partner at some time in their lives. Violence was classified as psychological, physical and sexual types, and was analyzed in relation to overlapping, recurrence of episodes, severity and when it occurred.

RESULTS: The women in São Paulo and Pernambuco respectively reported the following at least once in their lifetimes: psychological (N=383; 41.8% and N=580; 48.9%); physical (N=266; 27.2% and N=401; 33.7%); sexual (N=95; 10.1% and N=170; 14.3%) violence. There was significant overlapping among the types of violence, which seemed to be associated with the most severe types of violence. The greatest single type was psychological violence, in São Paulo and Pernambuco (N=164; 17.5% and N=206; 17.3%), and the smallest was sexual violence (N=2; 0.2% and N=12; 1.0%).

CONCLUSIONS: The results show that violence is a very common phenomenon. The findings reiterate previous international studies results with regard to high magnitude and overlapping of types of intimate partner violence.

KEY WORDS: Battered women. Violence against women. Spouse abuse. Domestic violence. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

A violência vivida pelas mulheres é, hoje, questão de saúde. Sua forma mais comum é aquela perpetrada por parceiros íntimos. Organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Panamericana da Saúde, Banco Mundial)^{9,14} e de profissionais de saúde (Associação Médica Americana)¹ têm divulgado elevadas prevalências da violência por parceiros íntimos. Além de alta magnitude, esses episódios de violência mostram caráter muitas vezes grave e reiterado,^{2,7,17,22} expressando a desigualdade nas relações de gênero. As repercussões se estendem à saúde física, psicológica e reprodutiva das mulheres e podem permanecer mesmo após a cessação da violência.^{18,19}

Os dados populacionais existentes são de difícil comparabilidade, pois os estudos utilizam diversas populações, instrumentos, condições de privacidade, treinamento das entrevistadoras e técnicas de coleta

de informações, além de definições heterogêneas de violência. A maioria dos estudos tem como objeto apenas a violência física, geralmente mensurada por atos concretos, como tapas, socos e empurrões. Em 48 pesquisas de base populacional realizadas no mundo, entre 10% e 69% das mulheres relataram ter sofrido ao menos algum episódio de violência física pelo parceiro durante a vida.⁸ O percentual de mulheres agredidas no ano anterior às entrevistas variou de 3% a 27%.⁸

As violências sexuais e psicológicas cometidas por parceiro íntimo têm sido pouco investigadas e as informações são ainda mais imprecisas. Vários fatores contribuem para que a violência sexual dentro de relações de parcerias estáveis seja de difícil reconhecimento e delimitação. Por exemplo, as diversas denominações dos atos de agressão (violência, estupro, abuso e, por vezes, assédio), associado ao fato de prática sexual não

consensual ser considerada em muitas culturas como dever da esposa.

Da mesma forma, a definição de violência psicológica varia amplamente entre mulheres e homens de diversas culturas, acarretando dificuldades em sua definição e conseqüente mensuração. Entretanto, as pesquisas indicam que a violência física é normalmente acompanhada pela psicológica; e de um terço à metade dos casos, também por violência sexual.^{2,7,8,13}

No Brasil, estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres,²¹ realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas.

Com o objetivo de suprir a falta de dados populacionais sobre as diversas formas de violência por parceiro íntimo, a pesquisa *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*⁴⁻⁶ foi proposta pela Organização Mundial de Saúde e realizada em dez países (Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Samoa, Namíbia, Etiópia, Sérvia e Tanzânia). Valendo-se todos da mesma metodologia e instrumentos de coleta de dados, foram conduzidos inquéritos domiciliares em uma metrópole e em regiões ou províncias rurais em cinco dos países, ao passo que nos demais ocorreram inquéritos apenas em grandes cidades. Foram analisados a prevalência e os fatores associados às diversas formas de violência contra mulheres de 15 a 49 anos, o impacto na saúde de mulheres e crianças e as formas de enfrentamento adotadas.

O presente artigo analisa os resultados desse estudo multi-países relativamente à prevalência da violência por parceiros íntimos encontrada no Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal, planejado para construir amostras representativas de mulheres de 15 a 49 anos residentes na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), excluída a região metropolitana do Recife. A coleta de dados foi realizada entre 2000-2001. Por padronização do desenho, a fim de obter dados de realidades diversas internas aos países, sempre que possível a pesquisa foi feita em sua maior cidade e em outra região de característica mais rural. Enquanto exigência ética do protocolo de pesquisa, para ambos

os locais escolhidos era necessário haver serviços capazes de acolher casos de mulheres vítimas de violência identificados durante a investigação.

Empregou-se a estratégia de amostragem por conglomerados em múltiplos estágios.¹² Os procedimentos da amostra mestra estão descritos em outro artigo.²⁰ Em São Paulo, foi utilizada a matriz probabilística elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a realização da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) em 1995, composta por 263 setores selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT). A seleção das unidades amostrais ocorreu em três estágios, com PPT: o primeiro consistiu do sorteio de 72 setores censitários a partir dos 263 setores da matriz, ordenados segundo a proporção de chefes de família com escolaridade inferior a um ano e, a partir desta relação, sorteados sistematicamente. Dos 72 sorteados, 40 deles tiveram seus croquis atualizados com o cadastro do PNAD-1999.* No segundo estágio foram sorteados, de modo sistemático, um número fixo de 30 domicílios em cada setor censitário. Por último, em cada domicílio onde residiam mulheres de 15 a 49 anos completos, foi sorteada apenas uma mulher para ser entrevistada.

Na ZMP, a seleção das unidades amostrais ocorreu em quatro estágios: primeiro, os 42 municípios da ZMP foram ordenados segundo densidade demográfica, taxa de urbanização e taxa de analfabetismo dos chefes de família, resultando em seleção sistemática de 15 municípios com PPT. No segundo, oito setores foram selecionados em cada município, totalizando 120. No terceiro, uma amostra de 18 domicílios em cada setor censitário foi selecionada e por último, apenas uma mulher de 15 a 49 anos completos foi sorteada por domicílio.

Os sorteios resultaram em 2.163 domicílios em SP e 2.136 na ZMP. Desses endereços, não foram localizados 347 (16%) em SP e 180 (8,4%) na ZMP; 412 em SP (24%) e 401 (20,7%) na ZMP não apresentavam mulheres de 15 a 49 anos. Foram encontradas 1.303 (SP) e 1.539 (ZMP) mulheres elegíveis, totalizando 1.172 entrevistas completas em SP (90%) e 1.473 (95,7%) na ZMP. As taxas de recusa de mulheres elegíveis abordadas foram baixas: em SP 3,7% e em ZMP 1,2%.

Definiu-se parceiro íntimo como o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais. Satisfazendo a condição de ter tido um parceiro íntimo na vida, responderam ao questionário completo 940 mulheres em SP e 1.188 em ZMP.

As entrevistas domiciliares utilizaram um questionário padronizado construído pela equipe internacional, com

* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de amostragem por domicílios; 1999. [Acesso em 25 ago 2001]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

a colaboração dos investigadores dos países participantes. O questionário foi formulado em inglês, traduzido para o português e re-traduzido para o inglês, com verificação da própria equipe da OMS.⁶ Precedendo sua versão final, as perguntas sobre violência foram adaptadas à cultura nacional com auxílio de pesquisas qualitativas (16 grupos focais; 12 entrevistas em profundidade e 39 entrevistas com informantes-chave), realizadas com homens, mulheres e profissionais de serviços, tanto em SP quanto na ZMP. O questionário foi discutido por comitês consultivos, montados para acompanhar o processo da pesquisa, sendo pré-testado quanto à clareza e facilidade de aplicação. Na análise de sua consistência interna, os valores de α de Cronbach para violência psicológica, violência física e violência sexual foram, respectivamente, 0,784, 0,827, 0,778 para SP, e 0,793, 0,829 e 0,772, para ZMP. Na pesquisa piloto, realizada em ambos os locais, o instrumento mostrou-se discriminatório dos dois contextos socio-culturais.

A violência (psicológica, física ou sexual) por parceiro íntimo foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos um dos itens do respectivo bloco de perguntas. A violência física foi considerada moderada quando apenas os itens 1 e 2 foram assinados e grave para os demais, conforme definição do protocolo do estudo internacional.⁶ Cada episódio foi explorado quanto à sua ocorrência antes ou durante os últimos 12 meses relativos à data da entrevista e de sua repetitividade, tomada como a recorrência dos episódios segundo a percepção da entrevistada em termos de uma, poucas ou muitas vezes.

As equipes de entrevistadoras, todas mulheres, foram treinadas durante um mês especificamente para a pesquisa.

Especial atenção foi dada aos aspectos éticos, incluindo-se, nesse caso, uma preocupação com a segurança pessoal da entrevistada e das entrevistadoras, devido à natureza sensível e complexa do tema. A confidencialidade e o sigilo foram resguardados por várias medidas: garantia de privacidade durante a entrevista domiciliar (presença permitida no local da entrevista somente a crianças menores de dois anos de idade); uso de veículos de transporte adaptados para realizar a entrevista, em caso de domicílio sem privacidade ou inseguro para a mulher; não identificação pessoal da entrevistada nos questionários; questionário alternativo para ser usado em caso de ameaça à privacidade (chegada do parceiro ou de outras pessoas no local da entrevista); estratégias de maior segurança na logística de acesso aos domicílios, tal como o trabalho de equipes geograficamente muito próximas e uso de telefonia celular para rápida comunicação, inclusive com o escritório central da pesquisa; suporte psicológico às entrevistadoras e suportes assistenciais às entrevistadas.

Além de ter feito parte do treinamento e supervisões das equipes, o suporte psicológico às entrevistadoras e o primeiro acolhimento das entrevistadas em caso de necessidade, acrescentou à equipe uma nova figura: as aconselhadoras. Elas foram selecionadas entre pessoas com experiência em lidar com o problema da violência doméstica contra a mulher. Na contratação dos motoristas, foram selecionados aqueles que, após breve orientação, mostravam-se capazes e sensíveis para apoiarem as equipes, além de dirigirem de modo seguro e com conhecimento dos locais visitados.

O suporte assistencial foi desenvolvido por meio das parcerias com serviços especializados no atendimento a mulheres vítimas de violência, previamente acordados quanto ao recebimento de possíveis casos da pesquisa. Para a identificação desses serviços, foi feito um levantamento detalhado, em São Paulo e em Pernambuco, das redes de atendimento a vítimas de violência existentes nesses locais. Elaborou-se a partir desse levantamento guias de serviços de pequeno formato (mini-guia), indicando-se suas distintas naturezas assistenciais (policial, jurídica, psicológica ou médica), para ser distribuído para as entrevistadas, como material educativo e de apoio a necessidades assistenciais para situações futuras. Os mini-guias, calendários com informações sobre direitos humanos e direitos das mulheres e indicações de datas comemorativas desses direitos foram distribuídos às entrevistadas, independentemente de seus relatos de violência, à guisa de material educativo da pesquisa.

No início da entrevista, cada participante era informada sobre o estudo e a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo solicitado seu consentimento.

Para o controle de qualidade das entrevistas, foram realizadas novas entrevistas com um questionário resumido em 10% da amostra para checar consistência, além de supervisão semanal e acompanhamento da taxa de resposta obtida por cada entrevistadora e comparação entre elas. Para reduzir perdas em São Paulo, foram enviadas cartas de apresentação aos domicílios sorteados previamente à visita das equipes. Nos domicílios com moradores e/ou mulheres selecionadas não encontradas no dia da primeira visita, foram feitos mais dois outros retornos.

Como os elementos amostrados tiveram probabilidades desiguais de seleção (setores com crescimento diferente de 1995 a 2000 e número de mulheres elegíveis em cada domicílio), haveria a necessidade de ponderar a análise. Entretanto, como os dados ponderados não diferiram significativamente dos dados brutos, apresentam-se os resultados sem ponderação.

Os dados são apresentados na forma de médias e proporções, usando-se as estatísticas *t* de *Student* e

qui-quadrado de Pearson para testar eventuais diferenças em médias e proporções, respectivamente. Foram consideradas estatisticamente significantes aquelas diferenças com $\alpha < 5\%$.

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 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer 002/99) em 11/1/1999.

RESULTADOS

Algumas características sociodemográficas das entrevistadas encontram-se na Tabela 1. As mulheres residentes em SP tinham maior escolaridade, menor número

de filhos, mais freqüentemente tinham renda própria e estavam casadas ou namorando, em comparação com as mulheres da ZMP.

Referiram ao menos uma forma de violência por parceiro íntimo 436 (46,4%; IC 95%: 43,2%;49,6%) das mulheres em SP e 644 (54,2%; IC 95%: 51,4%;57,1%) em ZMP. As prevalências estão apresentadas na Tabelas 2, segundo tipo de violência e época de ocorrência. As sobreposições das violências encontram-se nas Figuras 1 (na vida) e 2 (último ano).

Violência psicológica

A violência psicológica foi o evento mais freqüente na vida e também no último ano. Os episódios não foram

Tabela 1. Características das mulheres entrevistadas em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001. (N=2.128)

Característica	São Paulo (N = 940)	Zona da Mata (Pernambuco) (N = 1.188)	Total (N = 2.128)	p*
	N (%)	N (%)	N (%)	
Faixa etária (anos)**				0,01
15 a 19	58 (6,2)	89 (7,5)	147 (6,9)	
20 a 29	303 (32,2)	434 (36,6)	737 (34,7)	
30 a 39	320 (34,0)	402 (33,9)	722 (33,9)	
40 a 49	259 (27,6)	262 (22,0)	521 (24,5)	
Escolaridade (anos completos)				< 0,001
12 ou mais	191 (20,3)	54 (4,5)	245 (11,5)	
9 a 11	284 (30,2)	242 (20,4)	526 (24,7)	
5 a 8	283 (30,1)	300 (25,3)	583 (27,4)	
0 a 4	182 (19,4)	592 (49,8)	774 (36,4)	
Renda própria				< 0,001
Não	333 (35,4)	711 (59,9)	1.044 (49,1)	
Sim	607 (64,6)	476 (40,1)	1.083 (50,9)	
Situação conjugal				< 0,001
Atualmente casada	490 (52,1)	494 (41,6)	984 (46,2)	
Vivendo com parceiro	191 (20,3)	479 (40,3)	670 (31,5)	
Namoro com relação sexual	154 (16,4)	93 (7,8)	247 (11,6)	
Separada, divorciada ou viúva	105 (11,2)	122 (10,3)	227 (10,7)	
Número de gestações				< 0,001
Nenhuma	149 (15,8)	93 (7,8)	242 (11,4)	
1 ou 2	456 (48,5)	483 (40,7)	939 (44,1)	
3 ou 4	260 (27,7)	371 (31,2)	631 (29,7)	
5 ou mais	75 (8,0)	241 (20,3)	316 (14,8)	
Número de filhos nascidos vivos				< 0,001
Nenhum	203 (21,6)	132 (11,1)	335 (15,7)	
1 ou 2	512 (54,5)	543 (45,7)	1.055 (49,6)	
3 ou mais	225 (23,9)	513 (43,2)	738 (34,7)	

* Teste de qui-quadrado.

** Informação disponível para 1.187 mulheres em Pernambuco.

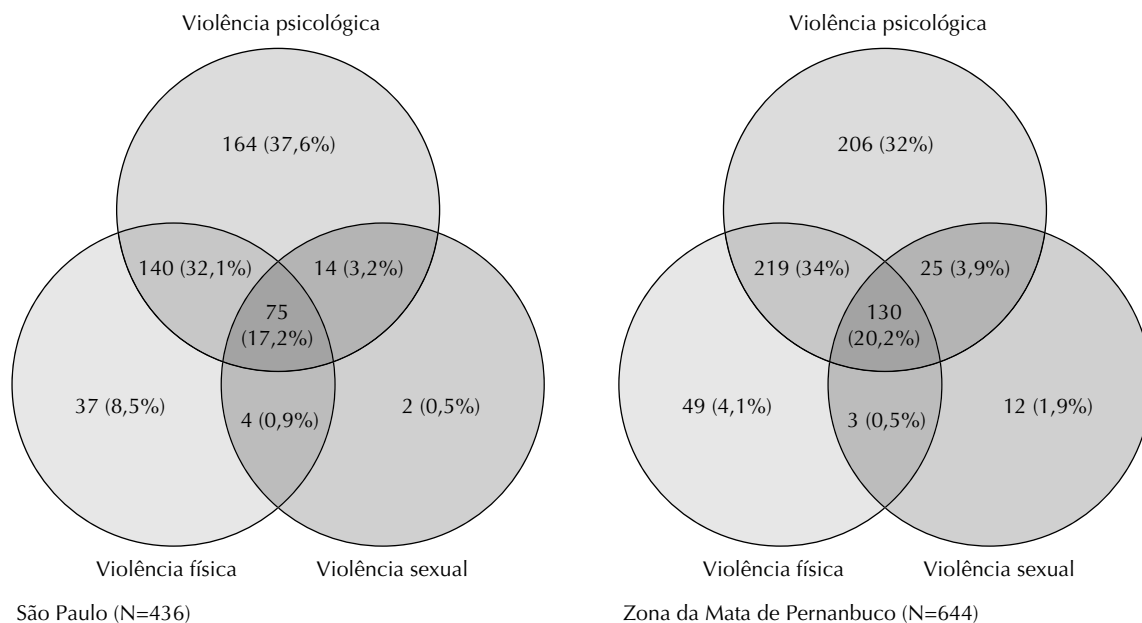


Figura 1. Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001.

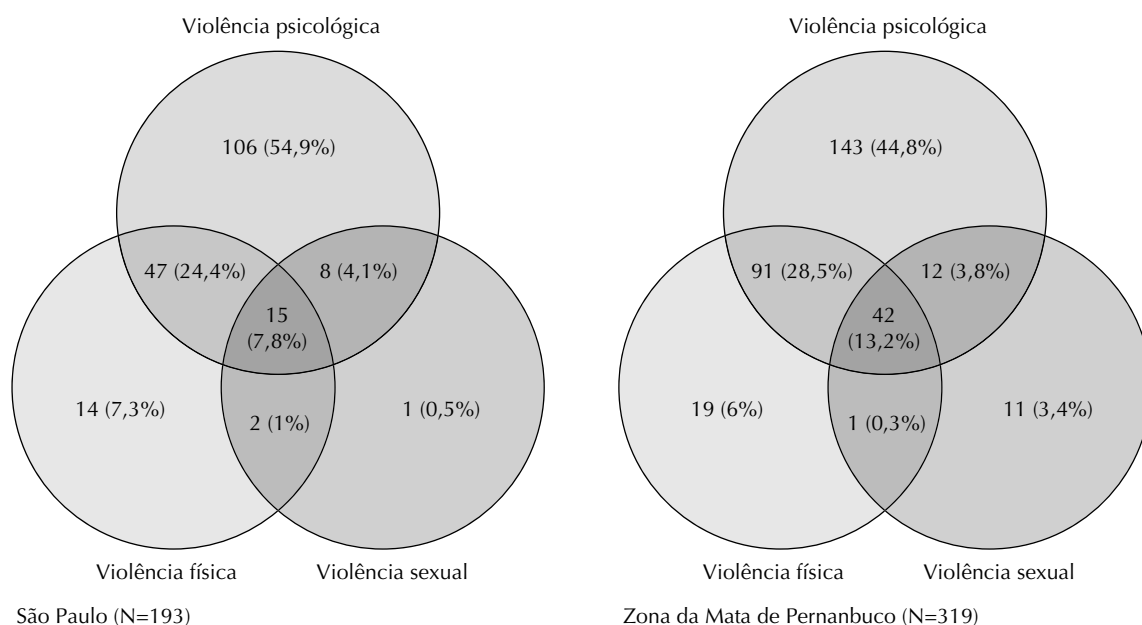


Figura 2. Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual no ano anterior à entrevista. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001.

únicos: apenas 90 (22,9%) em SP e 104 (17,9%) na ZMP referiram que a violência ocorreu apenas uma vez; 157 (40%) em SP e 255 (44%) na ZMP informaram muitos episódios e o restante relatou que os episódios ocorreram poucas vezes.

A violência psicológica acompanhou em 90% das vezes os relatos sobre as formas físicas ou sexuais de violência. Com efeito, entre aquelas que relataram alguma

forma de violência física ou sexual, apenas 43 mulheres (10% em SP) e 64 (9,9% na ZMP) não relataram também algum episódio de violência psicológica.

No entanto, em contraste com a violência física exclusiva ou a sexual, a psicológica foi a que apresentou taxa maior de ocorrência exclusiva: 37,6% dos casos em São Paulo e 32% na ZMP dos episódios na vida e aproximadamente a metade no último ano (Figuras 1 e 2).

Tabela 2. Formas de violência sofridas por mulheres de 15 a 49 anos em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, 2000-2001. (N=2.128)

Forma de violência	São Paulo (N=940)				Pernambuco (N=1.188)			
	Na vida		No último ano		Na vida		No último ano	
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%
Violência psicológica								
1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?*	309 (32,9)		128 (13,6)		422 (35,5)		202 (17,0)	
2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	182 (19,4)		62 (6,6)		308 (25,9)		141 (11,9)	
3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	206 (21,9)		87 (9,3)		332 (28,0)		153 (12,9)	
4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?*	156 (16,6)		59 (6,3)		278 (23,4)		112 (9,4)	
Ao menos um episódio de violência psicológica	393 (41,8)	(38,7; 45,1)	176 (18,7)	(16,3; 21,4)	580 (48,8)	(45,9; 51,7)	288 (24,2)	(21,8; 26,8)
Violência física								
1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	183 (19,5)		37 (3,9)		291 (24,5)		108 (9,1)	
2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	212 (22,6)		69 (7,3)		305 (25,7)		121 (10,2)	
3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	104 (11,1)		19 (2,0)		159 (13,4)		58 (4,9)	
4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	67 (7,1)		14 (1,5)		114 (9,6)		37 (3,1)	
5- Estrangulou ou queimou você de propósito?	29 (3,1)		6 (0,6)		33 (2,8)		9 (0,8)	
6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	65 (6,9)		12 (1,3)		147 (12,4)		42 (3,5)	
Ao menos um episódio de violência física	256 (27,2)	(24,4; 30,2)	78 (8,3)	(6,6; 10,2)	401 (33,7)	(31,1; 36,5)	153 (12,9)	(11,0; 14,9)
Violência sexual								
1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	78 (8,3)		19 (2,0)		122 (10,3)		45 (3,8)	
2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	66 (7,0)		18 (1,9)		115 (9,7)		45 (3,8)	
3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	31 (3,3)		9 (1,0)		63 (5,3)		15 (1,6)	
Ao menos algum episódio de violência sexual	95 (10,1)	(8,2; 12,2)	26 (2,8)	(1,8; 4,0)	170 (14,3)	(12,4; 16,4)	66 (5,6)	(4,3; 7,0)
Violência física e/ou sexual	272 (28,9)	(26,0; 31,9)	87 (9,3)	(7,5; 11,3)	438 (36,9)	(34,1; 39,7)	176 (14,8)	(12,8; 17,0)

* Informação disponível para 939 mulheres em São Paulo

** Informação disponível para 1.187 mulheres em Pernambuco

Quando exclusiva, a violência psicológica parece expressar-se de forma mais moderada do que quando associada a outras formas de violência. Das mulheres que declararam violência psicológica exclusiva, os episódios mais referidos foram insultos isolados (41,5% em SP e 30,7% em ZMP). Apenas cinco mulheres em SP (3,05%) e três em ZMP (1,46%) que referiram violência psicológica exclusiva declararam ter sofrido todas as suas expressões (insultos, humilhação, intimidação, ameaça). Por outro lado, entre as mulheres que disseram ter sofrido as três formas de violência (física, psicológica e sexual), 34 (45,33%) em SP e 70 (53,85%) na ZMP referiram todas as quatro expressões de violência psicológica; apenas duas (2,97%) em SP e três (1,46%) em ZMP referiram somente insultos.

Violência física

Tapas e empurrões foram os atos mais frequentemente relatados quanto à violência física (Tabela 2). Ocorreram ameaças ou uso de armas por parceiro íntimo em algum momento da vida para 12,4% das entrevistadas na ZMP.

Em relação à recorrência dos episódios, a violência física ocorreu uma vez para 37,9% das mulheres em SP e 35,2% delas na ZMP. Muitos episódios foram relatados por 23,4% das mulheres em SP e por 32,7% na ZMP. O restante declarou que os episódios ocorreram poucas vezes.

Episódios considerados de maior gravidade (itens 3 a 6 da violência física, Tabela 2) foram maioria: 57% (146/256) dos casos em SP e 59,3% (237/401) na ZMP.

Houve maior número de relatos de violência sexual e psicológica entre as mulheres que declararam violência física grave em relação à moderada. Entre as mulheres que relataram violência física grave, 91,8% em SP e 92% na ZMP, também relataram alguma forma de violência psicológica, enquanto entre aquelas que relataram violência física moderada este percentual foi de 73,6% em SP e 79,8% em ZMP. Entre as que não sofreram violência física, a prevalência de violência psicológica foi de 26,1% em SP e 29,4% na ZMP. Quando ocorreu violência física grave, a ocorrência simultânea de episódios de violência sexual atingiu 39,7% das mulheres em SP e 43,9% na ZMP. Nos casos em que houve relato de violência física moderada, a ocorrência de violência sexual foi mais baixa: 19,1% em SP e 17,8% na ZMP e, nos casos em que não houve relato de violência física, 2,3% das mulheres em SP e 4,3% na ZMP declararam violência sexual.

Violência sexual

A violência sexual foi a de menor frequência, mas quase sempre conjugada com outras violências (Figuras 1 e

2). As mulheres que a referiram, 82,1% em SP e 71,8% na ZMP relataram que seus parceiros fizeram uso da força física para manter relações sexuais. Ainda dentre as mulheres que declaram ter sofrido violência sexual, 69,5 em SP e 67,6% na ZMP mantiveram relações sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer. Práticas sexuais degradantes ou humilhantes foram as menos citadas. Quanto à recorrência, 26 (27,4%) em SP e 37 (21,8%) em ZMP referiram um episódio; 31 (32,6%) em SP e 67 (39,4%) em ZMP referiram muitos episódios e o restante declarou poucos episódios.

DISCUSSÃO

O presente estudo é o primeiro de base populacional brasileiro especialmente desenhado ao estudo da violência contra a mulher que possibilita a comparação com outros países.

Um limite potencial é a pouca exatidão da informação em relação à violência por parceiro íntimo. Com respaldo na literatura,³ admite-se que dificilmente, no contexto da entrevista, as mulheres relatariam episódios de violência que não houvessem ocorrido, pois esta condição é estigmatizada e está relacionada à vergonha e culpa. Por outro lado, é possível supor que a ocultação de fatos desta natureza possa ser freqüente, pelos mesmos motivos. Na presente pesquisa foi encontrado um dado ainda não explorado de subregistro no relato de abuso sexual infantil na entrevista face a face. Esse subregistro seria da ordem de 40% em relação a cédulas preenchidas anonimamente.¹⁶ O treinamento e a supervisão cuidadosa de campo, a tradução e aplicação do questionário piloto e a série detalhada de cuidados éticos procuraram minimizar ao máximo as dificuldades de revelação dos episódios. Entretanto, pode ter havido subregistro na informação coletada e, portanto, uma subestimação da prevalência.

Ainda que precedido por pesquisas qualitativas para adaptação cultural, o questionário em português pode ter gerado algum viés de informação, sobretudo na Zona da Mata, pelo menor nível de escolaridade.

O desenho amostral e o pequeno número de recusas apontam a representatividade destas amostras, minimizando potencial viés de seleção. A comparação da faixa etária da amostra obtida com a da população dos locais estudados contribui para assegurar a fidedignidade dos dados em relação ao universo pesquisado.⁵

As taxas de violência por parceiro íntimo encontradas para o Brasil não estão entre as mais altas quando comparadas com dados internacionais.^{2,7,8,9,11,22} Entre as 15 localidades estudadas com a mesma metodologia no estudo multicêntrico,⁵ ordenadas pelas prevalências encontradas, há variação da violência física de 13% (Japão) a 61% (Peru), e da violência sexual entre 6%

(Japão e Sérvia/Montenegro) a 59% (Etiópia). O Brasil encontra-se em posição intermediária ou baixa nesse leque de variação, embora a ZMP tenha apresentado sempre as maiores taxas em relação a SP.⁶

Em geral, as localidades rurais apresentaram taxas mais elevadas que as urbanas.⁵ Várias explicações podem ser consideradas para este fato, como relações de gênero mais distantes do padrão tradicional – sugerido por estudos dos fatores associados à violência por parceiro íntimo^{8,10,11} – e maior presença do movimento de mulheres e de serviços de suporte nas regiões urbanas. Estudos posteriores poderão explicar com maior profundidade as diferenças encontradas.

No caso brasileiro, quase três décadas de ativismo no enfrentamento da violência contra a mulher e no desenvolvimento de respostas institucionais possivelmente tem contribuído para tornar a violência mais visível e menos aceitável. Não obstante, isso não implica em cessação dos atos de violência, como indicam as altas taxas encontradas.

No entanto, o ativismo pode ser a referência para explicar os valores relativamente mais altos no Brasil da violência psicológica, em relação às outras formas de violência e aos outros países.⁶ Ou seja, a menor aceitabilidade da violência por parceiro íntimo em geral poderia levar a uma maior sensibilidade e decorrente revelação da violência psicológica, relativamente aos outros países. Diferenças culturais sobre a facilidade de expressão também podem ser responsáveis por esse achado.

As prevalências encontradas no presente estudo são ainda maiores que outra pesquisa realizada no Brasil.²¹ Estudo recente¹⁵ também revela prevalências elevadas no País, ainda que a mensuração se refira às estimativas dos últimos 12 meses e na forma de violência do casal (qualquer parceiro como agressor).

Constatou-se grande ocorrência de casos, sendo inclusive recorrente e grave. No ano de 2000, o censo brasileiro encontrou 3.135.015 mulheres de 15 a 49 anos vivendo na cidade de São Paulo.* Como os dados da presente pesquisa foram coletados ao final de 2000 e início de 2001, atualizando as percentagens para a população geral, pode-se inferir que em 2000, 586.248 mulheres teriam sofrido algum episódio de violência psicológica; 260.206 alguma forma de violência física e 87.780 mulheres violência sexual cometida pelo parceiro íntimo no município de SP. Na ZMP havia, nesse mesmo período, 316.881 mulheres de 15 a 49 anos, sendo possível estimar que nesta localidade 153.953 mulheres sofreram violência psicológica, 106.789 física e 45.314 sexual.

Os achados do presente estudo são consistentes com os da literatura também ao indicar que a maioria da violência física vem acompanhada de violência psicológica, e de que a violência sexual, por sua vez, costuma estar associada à física.^{2,13,17} Chama a atenção o pequeno número de casos em que a violência sexual não é acompanhada agressão física, como naqueles em que a pessoa se sente coagida “por medo do que ele poderia fazer”. Uma possível explicação está na cultura de gênero dominante e a baixa percepção deste constrangimento no interior das relações do tipo conjugal. Violência sexual exclusiva é um achado raro na maioria dos países pesquisados, com algumas exceções, como 8,4% das mulheres relatando violência sexual exclusiva no Haiti* e uma parcela considerável na capital da Tailândia e regiões rurais da Etiópia e Bangladesh, onde esta forma correspondeu a 30% dos casos em que houve alguma violência física ou sexual.⁵

O presente estudo revela que a violência por parceiro íntimo pode ter diversas expressões: nas duas regiões brasileiras estudadas, a situação mais freqüente é a da violência psicológica exclusiva, seguida pela física acompanhada da sexual e pelas três formas juntas. A violência mais grave parece estar associada à maior sobreposição de diversas formas de violência, onde a associação de psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 20% dos casos e constitui-se situação extremamente grave.

Conforme discutido na literatura mais recente,⁸ esses dados sugerem que o fenômeno da violência pode apresentar-se com ao menos dois padrões definidos: situações mais moderadas em que conflitos diversos ou episódios de frustração e raiva irrompem ocasionalmente em agressão; e um padrão mais grave e crônico, de natureza progressiva. As três formas mais freqüentes de expressão (violência psicológica exclusiva e acompanhada de violência física e as três formas juntas) devem ser alvo de estudos posteriores para que se investiguem possíveis diferenças entre elas. Tais diferenças poderiam ser explicadas em termos de fatores associados e repercussões para a saúde, além de seu comportamento ao longo do tempo em termos da presença de evolução das formas mais moderadas para as mais severas.

Essas informações serão úteis à intervenção, pois, em geral, são os casos mais graves que procuram ajuda nos serviços especializados. Já a captação de casos agudos ou de caráter mais eventual em unidades básicas de saúde e escolas, por exemplo, é muito pequena, e talvez pudesse ser uma alternativa importante para sua prevenção ou a redução das formas mais graves.

* Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. Caverton (Maryland): ORC Macro; 2004. [acesso em 15 jul 2007]. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD31/OD31.pdf>

É fato preocupante a época de ocorrência das violências encontradas; as prevalências na vida foram mais que o dobro que as encontradas para o último ano anterior à entrevista. A violência atual pode indicar situações de emergência recente ou situações já bem estabelecidas e crônicas. O maior número de episódios anteriores ao último ano pode indicar possibilidade de saída da situação de violência. Na Etiópia, 54% das mulheres relataram violência física e/ou sexual pelo parceiro no último ano, contra 17% referindo episódios anteriores ao último ano, mostrando uma situação inversa à do Brasil.⁵ Esses dados podem indicar uma realidade de permanência maior nas situações de violência na Etiópia, que tem prevalência mais alta. Novos estudos podem aprofundar esta questão buscando os fatores associados à saída ou permanência nas situações de violência.

Os resultados apresentados descrevem um fenômeno muito comum e ainda pouco conhecido: a violência contra mulheres cometida por parceiros íntimos, evidenciada pela grande magnitude de sua prevalência, gravidade e recorrência. E, ainda que se recomendem novas análises e estudos, o conhecimento disponível já autoriza a considerar urgente a implantação, supervisão e avaliação de políticas públicas dirigidas especialmente à violência por parceiro íntimo.

AGRADECIMENTOS

A Ricardo Góes do Departamento de Medicina Preventiva (DMPR) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pelo apoio logístico na pesquisa; à Andréia Nascimento (DMPR/FMUSP) pelo auxílio na análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. American Medical Association. Diagnostic and guidelines on domestic violence. Chicago; 1992.
2. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1595-610.
3. Ellsberg MC, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*. 2001; 32(1):1-16.
4. Garcia-Moreno C, Watts C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L. Responding to violence against women: WHO's Multi-country: Study on Women's Health and Domestic violence. *Health Hum Rights*. 2003;6(2):113-27.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Watts CH. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response*. Geneva: World Health Organization; 2005.
6. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH et al. 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.
7. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999. (Population reports, Series L, 11).
8. 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: World Health Organization; 2002. p.91-121.
9. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 1994.
10. 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.
11. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359(9315):1423-9.
12. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.
13. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701.
14. Organizacion Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington (DC): Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano; 1998.
15. 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 at the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37.
16. Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-JR I, Diniz CS, Portella AP, Luderemir AB, et al. Visibilidade/invisibilidade no estudo epidemiológico da violência sexual contra a mulher (VSCM) na cidade de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;(supl. esp.):36.
17. Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7.
18. Schraiber LB, Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunic Saude Educ*. 1999;3(5):11-27.
19. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
20. Silva NN, Cunha TN, Quintanilha JA. Amostra mestra e geoprocessamento: tecnologias para inquéritos domiciliares. *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. [Acesso em 15 jul 2007]; 37(4):494-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400015&lng=pt&nrm=iso.
21. Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
22. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359(9313):1232-7.

Estudo produzido a partir dos dados da pesquisa "WHO MultiCountry Study on Women's Health and Domestic Violence against women", coordenado e financiado pela Organização Mundial de Saúde. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Projeto Integrado; Proc. 523348/96-7) e Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST/AIDS (Ref: 914 BRA 59 DST-AIDS II; ED 00/4772; Unesco 914/BRA/59).