



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

dos Santos Palazzo, Lílian; Kelling, Alessandra; Béria, Jorge Umberto; Leal Figueiredo, Andréia Cristina; Petrucci Gigante, Luciana; Raymann, Beatriz; Garcia Bassani, Diego
Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil

Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 4, agosto, 2008, pp. 622-629

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240169007>

- ▶ 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

Lílian dos Santos Palazzo^I

Alessandra Kelling^I

Jorge Umberto Béria^I

Andréia Cristina Leal
Figueiredo^I

Luciana Petrucci Gigante^I

Beatriz Raymann^I

Diego Garcia Bassani^{II}

Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil

Physical violence and associated factors: a population-based study in Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de violência física e sua associação com aspectos sociodemográficos, eventos estressantes e utilização de serviços de saúde por problemas emocionais.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional realizado em amostra de 1.954 sujeitos com 14 anos ou mais, residentes em Canoas, RS, 2002-2003. A amostragem por conglomerados seguiu sistemática pré-estabelecida. Os dados foram coletados em visitas domiciliares com questionário semi-estruturado e confidencial. Foram realizadas as análises: bivariada, por meio de regressão logística multinomial e multivariada, por regressão politômica, categorizando o desfecho por faixa etária.

RESULTADOS: Foi encontrada prevalência de 9,7% (IC 95%: 8,37;11,03) e associação com: sexo feminino a partir dos 20 anos de idade ($OR=2,74$; IC 95%: 1,52;4,94), maior escolaridade ($p<0,03$), maior vivência de eventos estressantes com 20 anos ou mais ($OR=6,61$; IC 95%: 2,71;16,1) e consulta por problemas emocionais a partir dos 10 anos de idade ($p>0,001$).

CONCLUSÕES: A prevalência da violência física na população foi significativa, com consequências emocionais e impacto nos serviços de saúde, requerendo capacitação dos profissionais da área.

DESCRITORES: Violência. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais. Epidemiologia dos Serviços de Saúde.

^I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Luterana do Brasil. Canoas, RS, Brasil

^{II} Centre for Global Health Research. St. Michael's Hospital. University of Toronto. Toronto, Canada

Correspondência | Correspondence:

Lílian dos Santos Palazzo
R. Dona Laura 414/604
90430-090 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: lspalazzo@hotmail.com

Recebido: 2/4/2007

Revisado: 7/12/2007

Aprovado: 18/3/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of physical violence and its association with sociodemographic aspects, stressful life events, and the use of health services due to emotional problems.

METHODS: A cross-sectional population-based study was conducted with a sample of 1,954 14-year-old or older inhabitants of the city of Canoas (Southern Brazil). They were selected by means of conglomerate sampling according to a pre-established system. Data were obtained in visits to households by means of a confidential semi-structured questionnaire. A bivariate analysis was carried out through multinomial logistic regression, and the multivariate analysis by polytomous logistic regression, categorizing the outcome by age group.

RESULTS: The findings show a prevalence of 9.7% (CI 95%: 8.37;11.03) and association with: women 20 years old and older ($OR=2.74$; CI 95%: 1.52;4.94); higher schooling rate ($p<0.03$); higher experience of stressful life events at 20 years of age or more ($OR=6.61$; CI 95%: 2.71;16.1); and doctors' appointments due to emotional problems as of 10 years of age ($p>0.001$).

CONCLUSIONS: The prevalence of physical violence in the population was significant, resulting in important emotional consequences and impact on health services, requiring capacity building of the professionals in the field.

DESCRIPTORS: Violence. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies. Health Services Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A violência é preocupação mundial. Segundo o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (1993 e 1996), a violência, em todas suas manifestações, é uma prioridade em saúde pública, pois ameaça o desenvolvimento dos povos e afeta a qualidade de vida das pessoas.¹⁴ No Brasil, a violência tem sido tema de debates entre representantes da população, devido a sua repercussão na qualidade de vida das pessoas e pelas exigências de atenção e cuidados de saúde que demanda. Entretanto, segundo Minayo, ainda que se observe avanços, são insuficientes para fazer frente ao problema.¹²

Os maus-tratos compreendem quatro categorias: abuso físico, sexual, psicológico e negligência. O abuso físico, no presente estudo, é denominado violência física e considerado como o uso da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente contra outra pessoa, grupo ou comunidade. Na maioria das vezes, vem acompanhada da violência emocional, sob a forma de intimidação e abuso verbal.⁹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),⁹ mais de dois milhões de pessoas no mundo morrem por ano devido aos danos causados pela violência. Um número ainda maior sobrevive, mas permanece com seqüelas. Entre pessoas com idade entre 15 e 44 anos, a violência interpessoal é a terceira causa de morte, representando 14% no sexo masculino e 7% no feminino. A prevalência da violência física varia segundo país (Paraguai 10%; Canadá 34%), contexto estudado e metodologia

utilizada na coleta dos dados. Em relação a grupos específicos, a proporção de mulheres que já relataram ter sofrido algum tipo de violência (incluindo assaltos) varia de 15,3% no Canadá a 23,0% na Inglaterra e 25% no Zimbábue. A taxa de adolescentes que se envolveram em luta física, nos Estados Unidos foi de 44,0%, na Suécia foi de 22,0% e em Israel 76,0%. Entretanto, esses dados podem estar subestimados, pois são baseados em auto-relatos, o que dificultaria o cálculo preciso de todos os tipos de violência nos sistemas de cuidado à saúde e seus efeitos na produtividade econômica.

A pobreza está intimamente relacionada ao problema. Pesquisa realizada no município de Sorocaba, SP, entre 1993 e 1995, mostrou que pessoas pertencentes ao sub-proletariado têm maior risco de sofrer violência física que aquelas pertencentes a pequena burguesia, proletariado não típico e proletariado típico.⁷ A idade também pode estar relacionada com a violência: na cidade de Atlanta, Estados Unidos, entre as mulheres que já haviam experimentado algum tipo de violência física na vida e que buscaram serviços de atenção primária de saúde, apenas 1% tinham acima de 55 anos de idade.²¹

Na forma mais grave, a violência pode levar à morte. Estima-se que 40% a 70% dos homicídios femininos no mundo são cometidos pelo parceiro íntimo.⁷ Em estudo com 1.172 mulheres entre 15 e 49 anos, essa prevalência foi de 27% em São Paulo e 34% em Pernambuco.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as consequências emocionais associadas a esse problema podem ser de ordem física, sexual e/ou reprodutiva, psicológica e/ou comportamental, e até fatais.⁷ As principais consequências emocionais são: ansiedade, fobias, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso e abuso de substâncias psicoativas incluindo álcool, tentativa de suicídio, entre outras.^{1,4,15} Porém, ainda que a população brasileira sofra com o problema da violência, para a maioria desses temas há uma carência de estudos nacionais de base populacional.

No Brasil, as fontes oficiais de informação disponíveis indicam que este fenômeno tem crescido, especialmente nas áreas urbanas das grandes cidades. No âmbito da saúde pública, o conhecimento que se tem é de que a violência mudou o perfil de mortalidade do País na década de 80, passando da quarta para segunda causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares.¹³ Entretanto, grande parte das situações de violência não chega ao conhecimento oficial, constituindo uma cifra “negra”, sobre a qual não há qualquer informação. Além disso, outras tantas formas de violência não são sequer reconhecidas pela sociedade e, consequentemente, por suas instituições, como violência contra crianças, adolescentes e mulheres. Mesmo o que é registrado possui limitações, tendo em vista o mau preenchimento dos formulários, deixando de informar dados essenciais ao esclarecimento dos eventos.

Do ponto de vista científico, a maioria dos estudos nacionais são realizados com grupos específicos, como mulheres e usuários de serviços de saúde.^{15,18} Mulheres, crianças e idosos vítimas de alguma forma de violência buscam mais consultas médicas, ficam mais tempo hospitalizadas, visitam mais farmácias e consultam mais por problemas emocionais.⁹ Tais estudos apresentam um padrão principalmente centrado na violência doméstica.^{2,3,8}

Assim, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de violência física e associação com aspectos sociodemográficos, eventos estressantes e utilização de serviços de saúde por problemas emocionais.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, parte de uma investigação mais ampla delineada para investigar vários aspectos relacionados à saúde da população do município de Canoas,^{6,a} na região metropolitana de Porto Alegre, RS.

De acordo com o censo de 1991, único dado disponível quando da elaboração do projeto de pesquisa, havia uma média de 3,75 pessoas por domicílio em Canoas. Assim,

para obter-se o tamanho necessário de amostra (3.858 sujeitos), 1.040 casas necessariamente ser visitadas. Foram sorteados 40 dos 391 setores censitários do município e visitados 26 domicílios por setor censitário, escolhidos aleatoriamente, seguindo uma sistemática pré-estabelecida, entre novembro de 2002 e junho de 2003.

Durante o trabalho de campo, observou-se menos pessoas do que a amostra planejada, em média 3,2 pessoas por domicílio, totalizando 3.328 pessoas. Das 1.040 casas visitadas, em 98 houve recusa: em 44 não foi possível determinar sequer o número de moradores e nas 54 restantes, o número de moradores variou de um a oito por domicílio. Não foram entrevistados 615 indivíduos: 410 se recusaram a participar (66,7%), 189 estavam ausentes em três visitas (30,7%) e 16 não estavam em condições de saúde que permitissem o exame e a aplicação do questionário (2,6%). Ao final, foram examinados 2.609 indivíduos de todas as faixas etárias, correspondendo a 78,9% do número possível, havendo maior perda entre homens de 25 a 49 anos.

Foi estabelecida como população-alvo indivíduos com idade de 14 anos ou mais, totalizando 1.954 pessoas. Essa amostra representa perda de 20,3% satisfazendo um tamanho de amostra capaz de estimar desfechos com prevalência entre 10% e 40%, com uma margem de erro de 2,5 pontos percentuais e nível de significância inferior a 0,05.

A variável dependente foi a presença de violência física na vida. Essa variável foi estratificada por faixa etária em que ocorreu a violência: ausência de violência física (categoria de referência); violência entre zero e nove anos; violência entre dez e 19 anos; violência aos 20 anos ou mais. As variáveis independentes foram: características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda, se vive com companheiro); consulta por problemas emocionais, sendo o termo “problemas dos nervos” escolhido para fazer referência a essa variável; internação psiquiátrica e eventos estressantes (perda do emprego, separação e assalto).

O levantamento dos dados foi realizado por meio de um questionário numerado, aplicado por uma fonoaudióloga e um estudante de medicina, previamente treinados. A parte dedicada à violência era preenchida pelo próprio sujeito, colocado por ele em um envelope, lacrado e depositado em uma urna, objetivando evitar o constrangimento do entrevistado. Nesta, o entrevistado respondia se alguma vez havia sofrido maus tratos físicos e, em caso afirmativo, que idade tinha. Para o controle da qualidade, 5% dos domicílios foram escolhidos ao acaso e seus moradores entrevistados por meio de re-visita ou por telefone. Posteriormente, foi verificado o índice de concordância entre algumas questões na primeira e na

^a Pesquisa “Prevalência de Surdez e Outros Transtornos da Audição: um estudo de base populacional em Canoas, RS, Brasil”, desenvolvida pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) em colaboração com a instituição Christoffel BlindeMission, da Alemanha.

segunda entrevista, obtendo o índice kappa=0,93. Os questionários foram codificados pelos entrevistadores e revisados pelo coordenador do estudo. Os dados foram digitados por dois auxiliares de pesquisa em dois arquivos distintos e em seguida comparados.

Na análise dos dados, primeiramente, realizou-se análise descritiva para medir a freqüência das variáveis em estudo. Posteriormente, procedeu-se à análise bivariada (qui-quadrado de Pearson) para medir a associação entre a variável dependente e as independentes, considerando significativo $p<0,05$. Para cálculo de *odds ratio* (OR), foi considerado um intervalo de confiança de 95%. Utilizando-se a variável nominal violência física categorizada por faixa etária em que ocorreu, utilizou-se a regressão logística multinomial com o auxílio do programa estatístico Stata, versão 8.0. Assim estimou-se, na forma de OR, a associação de cada variável independente com a ocorrência de violência nas três faixas etárias, tendo a ausência de maus-tratos como categoria de referência. Dessa forma, as OR para violência em cada faixa etária puderam ser estimadas simultaneamente, evitando-se o uso de múltiplos testes estatísticos e produzindo-se estimativas proporcionais entre si, comparáveis diretamente e com categoria de referência comum.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil (Processo 2004-055H) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 57,4% pessoas do sexo feminino, escolaridade até o primeiro grau (59,1%), 38,7% tinham entre 20 a 39 anos e 34,5% entre 40 a 59 anos, com renda de 7,1 salários mínimos ou mais (Tabela 1). Quanto à utilização de serviços de saúde, 475 (24,4%) relataram problemas emocionais e 49 (2,5%), história passada de internação psiquiátrica. Da amostra, 95,1% revelaram não ter vivido separação conjugal, nem desemprego (83,9%), nem assalto ou roubo (90,2%) no ano anterior à entrevista.

A prevalência de violência física encontrada foi de 9,7% (IC 95%: 8,37;11,03), 57 sujeitos (2,9%) não responderam a questão.

Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o desfecho foram: renda, escolaridade, sexo, eventos estressantes, consulta por problemas emocionais e internação psiquiátrica.

Para análise de regressão logística multinomial (Tabela 2), os três grupos de faixas etárias em que ocorreu a violência física foram comparados com a ausência de violência na vida. Assim, verificou-se que entre as pes-

Tabela 1. Distribuição da amostra estudada segundo variáveis sociodemográficas e ocorrência de violência física. Canoas, RS, 2002-2003. (N=1.954)

Variável	n	%	Violência física (%)
Sexo			
Feminino	1.122	57,4	11,3
Masculino	832	42,6	7,5
Escolaridade			
Até 1º grau	1.154	59,1	11,5
2º grau	566	29,0	5,7
3º grau ou mais	232	11,9	10,5
Faixa etária (anos)			
14 a 19	261	13,4	5,1
20 a 39	756	38,7	9,3
40 a 59	675	34,5	11,4
60 ou mais	262	13,4	11,0
Renda familiar (salários mínimos)			
0 a 3	454	23,4	12,6
3,1 a 7	487	25,1	8,0
7,1 ou mais	1.003	51,6	9,1
Viver com companheiro			
Sim	1.176	61,3	10,0
Não	743	38,7	9,3

soas na faixa de maior renda, a chance de maus-tratos na infância (zero a nove anos) é maior do que entre dez e 19 anos e após os 20 anos; o contrário ocorre naquelas com renda na faixa intermediária ($p=0,01$). Após os 20 anos de idade, observou-se que quanto maior a escolaridade, menor a probabilidade de sofrer violência física ($p=0,03$).

As mulheres apresentaram uma freqüência significativamente superior (11,3%) aos homens (7,5%), com risco de 1,5 vezes maior de vitimização (IC 95%: 1,12;2,03). Na análise bivariada, verificou-se que meninos entre zero e nove anos apresentaram freqüência duas vezes maior de violência física (38,5%) que as meninas da mesma idade (17,3%). Na faixa dos 20 a 29 anos, observou-se o contrário: as mulheres apresentaram prevalência superior (40,9%) em relação aos homens (21,2%). Na regressão multinomial (Tabela 2), na faixa etária acima dos 20 anos para o sexo feminino, as chances de sofrer violência aumenta à medida que aumenta a idade, apresentando 2,74 vezes mais risco que o masculino (IC 95%: 1,52;4,94).

As pessoas a partir 20 anos de idade que relataram a vivência de duas ou mais situações estressantes apresentaram risco 5,85 vezes maior de ter sofrido violência física (IC 95%: 2,38;14,39).

Tabela 2. Odds ratio bruta para idade da violência segundo regressão logística multinomial. Canoas, RS, 2002-2003.

Variável	Idade da violência*			p**
	0-9 anos OR (IC 95%)	10-19 anos OR (IC 95%)	20 ou mais OR (IC 95%)	
Renda (salários mínimos)				
0 a 3	1,00	1,00	1,00	
3,1 a 7	0,78 (0,38;1,60)	0,86 (0,46;1,58)	1,48 (0,86;2,55)	0,01
7 ou mais	1,51 (0,80;2,84)	0,70 (0,36;1,33)	0,50 (0,25;1,03)	
Escolaridade				
Até 1º grau completo	1,00	1,00	1,00	
2º grau completo	1,02 (0,55;1,87)	0,34 (0,15;0,77)	0,23 (0,10;0,51)	0,03
3º grau ou mais	1,67 (0,82;3,41)	1,00 (0,42;2,33)	0,33 (0,12;0,93)	
Sexo				
Masculino	1,00	1,00	1,00	
Feminino	0,87 (0,54;1,41)	1,66 (0,93;2,95)	2,74 (1,52;4,94)	0,04
Número de eventos estressantes***				
0	1,00	1,00	1,00	
1 estressor	1,53 (0,81;2,89)	1,24 (0,60;2,62)	1,49 (0,74;3,00)	0,01
2 ou mais estressores	0,68 (0,09;5,14)	1,67 (0,38;7,32)	5,85 (2,38;4,39)	
Consulta de saúde por problemas emocionais				
Não	1,00	1,00	1,00	
Sim	2,16 (1,25;3,75)	2,40 (1,34;4,29)	3,60 (2,20;5,84)	0,02
Internação psiquiátrica				
Não	1,00	1,00	1,00	
Sim	3,12 (1,08;8,98)	2,57(0,75;8,73)	2,70(0,92;7,80)	0,05
Vive com companheiro				
Não	1,00	1,00	1,00	
Sim	1,48 (0,84;2,61)	1,05(0,58;1,88)	0,83 (0,51;1,36)	0,47

* Categoria de referência: não ter sofrido violência física

** Valor de p estimado para a associação entre as variáveis e o desfecho polítômico, pelo do teste da razão de verossimilhança.

*** Desemprego, separação, assalto ou roubo

A vivência de maus-tratos físicos em qualquer faixa etária aumenta as chances de utilização de serviços de saúde por problemas emocionais e/ou internação psiquiátrica ($p=0,023$ e $p=0,05$ respectivamente). Entretanto, há um comportamento inverso das duas variáveis em relação à idade de vitimização. Vítimas de violência a partir da adolescência apresentaram chance três vezes maior de consultar por problemas emocionais (IC 95%: 1,60;5,87), enquanto vítimas de violência na infância apresentaram maiores chances de apresentar história de internação (OR=3,12; IC 95%: 0,92;7,80).

Na análise multivariada de regressão polítomica (Tabela 3), no primeiro nível foram inseridas as variáveis renda, escolaridade e sexo; renda não mostrou associação com maus-tratos. Escolaridade e sexo mantiveram-se associados à violência: ter maior nível de instrução foi fator de proteção para a violência com idade a partir dos 20 anos (OR=0,32; IC 95%: 0,34;0,95); ser do sexo feminino representa cerca de três vezes mais chance de sofrer violência na faixa etária de 20 anos ou mais (IC

95%: 1,52;4,88). Porém, a diferença entre as categorias (faixa etária da vitimização) em ambas variáveis não se mostrou significativa ($p=0,08$ e $p=0,09$ respectivamente). No segundo nível, foram inseridos eventos estressantes, consulta por problemas emocionais, internação psiquiátrica e viver com companheiro. Destas, apenas eventos estressantes e consulta por problemas emocionais apresentaram associação com violência ($p=0,0024$ e $p=0,000$ respectivamente), porém em ambas a diferença entre as categorias também não mostrou significância estatística ($p=0,72$ e $p=0,24$ respectivamente).

DISCUSSÃO

Pesquisadores das áreas da saúde e das ciências sociais têm se interessado cada vez mais pelo estudo da violência, devido ao grande impacto individual e social que a mesma provoca.⁷⁻⁹ O presente trabalho utilizou visitas domiciliares com aplicação de questionário anônimo auto-aplicado, contribuindo para minimizar um comportamento que freqüentemente acompanha esse

Tabela 3. Odds ratio ajustada entre idade da violência e fatores associados. Canoas, RS, 2002-2003.

Variável	Idade da violência			p ¹	p ²
	0-9 anos OR (IC 95%)	10-19 anos OR (IC 95%)	20 ou mais OR (IC 95%)		
1 Renda (salários mínimos)					
0 a 3	1,00	1,00	1,00		
3,1 a 7	0,78 (0,37;1,61)	0,88 (0,48;1,59)	1,60 (0,91;2,80)	0,31	0,44
7 ou mais	1,42 (0,74;2,75)	0,86 (0,44;1,69)	0,95 (0,44;2,06)		
Escolaridade					
até 1º grau completo	1,00	1,00	1,00		
2º grau completo	1,02 (0,55;1,88)	0,34 (0,15;0,77)	0,23 (0,10;0,51)	0,0004	0,08
3º grau ou mais	1,67 (0,82;3,40)	1,01 (0,43;2,36)	0,34 (0,12;0,95)		
Sexo					
Masculino	1,00	1,00	1,00		
Feminino	0,87 (0,52;1,46)	1,66 (0,93;2,97)	2,73 (1,52;4,88)	0,002	0,09
2 Número de eventos estressantes					
0	1,00	1,00	1,00		
1 estressor	1,55 (0,81;2,96)	1,45 (0,69;3,05)	1,84 (0,88;3,86)	0,002	0,72
2 ou mais estressores	0,69 (0,09;5,30)	1,78 (0,40;7,93)	6,61 (2,71;16,1)		
Consulta por problemas emocionais					
Não	1,00	1,00	1,00		
Sim	1,77 (0,92;3,42)	3,06 (1,60;5,87)	3,24 (1,68;6,26)	0,0000	0,24
Internação psiquiátrica					
Não	1,00	1,00	1,00		
Sim	1,65 (0,35;7,87)	1,56 (0,33;7,29)	2,65 (0,81;8,64)	0,407	0,95
Vive com companheiro					
Não	1,00	1,00	1,00		
Sim	1,56 (0,78;3,14)	1,23 (0,55;2,1)	0,90 (0,47;1,69)	0,58	0,63

p¹= associaçãop²= heterogeneidade

problema: o silêncio. Segundo Krug et al,⁹ a violência costuma se apresentar subestimada ou superestimada, principalmente aquela oriunda de conflitos interpessoais gerados no meio familiar. A violência é subestimada quando as vítimas, principalmente mulheres e crianças, freqüentemente sofrem caladas por vergonha ou medo de represálias de parte do agressor; e superestimada se essa informação é colhida em serviços de saúde ou em órgãos de denúncia oficiais (delegacias, institutos periciais).⁹ No presente estudo, o silêncio pode ter sido representado pelo número de sujeitos que não responderam se foram vítimas ou não de violência (2,9%), visto que a entrevista foi realizada no domicílio dos participantes.

A prevalência de 9,7% de violência física encontrada revela a importância do problema e se diferencia daquelas verificadas em outros locais. Esta diversidade deve-se, possivelmente, às várias as fontes a partir das quais se pode investigar, buscando satisfazer os objetivos e necessidades das instituições que as geraram. Além disso, as prevalências sofrem diretamente a influência das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados.^{12,13,21}

O fato de a violência não se associar a viver com companheiro não era esperado, já que a violência doméstica é apontada como aspecto preocupante, atingindo principalmente mulheres.^{2,9,18} Tal resultado pode se dever à metodologia utilizada (base populacional), o que permitiu o estudo de diferentes segmentos populacionais, alguns sem a vivência marital, como adolescentes (13,4% da amostra). Também, a variável referia-se àquele momento da entrevista, o que não impede que pessoas estivessem separadas de seu companheiro(a) no momento da pesquisa, talvez até pela própria violência sofrida. Desta maneira, fica a dúvida que poderá ser esclarecida em estudos futuros.

A variável renda também não mostrou associação na análise multivariada. Existe a possibilidade de que muitos dos participantes não soubessem exatamente qual a renda familiar e talvez, a variável renda forme um complexo causal com escolaridade e sexo, perdendo poder isoladamente. Esta hipótese é corroborada com o fato de que, para as pessoas com um maior grau de instrução, as chances de sofrer violência física diminuiu com a idade, revelando-se como fator de proteção na

faixa etária a partir dos 20 anos de idade. Estes dados vão ao encontro do verificado em outras pesquisas^{9,11,16} em que a pobreza e o baixo nível de educação são fatores de risco, principalmente na adolescência. Entre mulheres que consultaram em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, 64% dos casos de violência ocorreram com aquelas com baixa instrução, mostrando uma associação inversa com anos de estudo, dos quais 48% ocorreram entre as mulheres que viviam em favelas.⁸ Entretanto, os sujeitos com maior nível de instrução são os que revelaram maior chance de haver sofrido maus tratos na infância. Embora a diferença entre as faixas etárias não tenha se mostrado estatisticamente significativa, o dado alerta para o número crescente de crianças vítimas de violência, inclusive no âmbito escolar.⁵ Ainda assim, sendo a educação fator de proteção, o presente estudo corrobora a recomendação da OMS⁹ quanto à necessidade de melhorar os índices de escolaridade da população, como parte de políticas globais e intersetoriais, fundamentais para o combate à violência.

Como era esperado, a relação entre violência e gênero foi confirmada no presente estudo, sendo as mulheres, no geral, as principais vítimas. Todavia, o sexo masculino mostrou-se associado à violência na infância. As diferenças na distribuição da violência segundo sexo e faixa etária não apresentaram significância estatística, fato que deve ser considerado uma limitação do estudo, devido à perda de sujeitos do sexo masculino com idade entre 25 e 49 anos. A violência contra crianças, principalmente meninos, pode apoiar-se em elementos culturais, nos quais a punição física é forma de disciplina, tendo por justificativa protegê-los do perigo ou fazer com que se tornem “bons” adultos.^{10,11,19,20} Também é possível que essa violência reflita alguma forma de negligência parental, pois as diferentes formas de violência e as ações ou omissões que levam à morte formam o núcleo dos principais fatores que fazem a criança se afastar ou ser afastada do convívio familiar, sujeitando-a a outras violências nas ruas ou em abrigos.^{5,9} Crianças agressivas normalmente vivem em lares agressivos, pois os pais são o principal modelo de conduta da criança, regulando o desenvolvimento de comportamentos agressivos nos filhos.³ Um menino que foi vítima de agressão na infância pode se tornar um adulto que repete esse ato dentro de sua família, copiando o modelo aprendido e formando um ciclo de violência difícil de romper. A superação desse problema requer a elaboração de estratégias intersetoriais e multidisciplinares, em que a formação de um banco de dados epidemiológicos tem papel fundamental e, para o qual, estes achados têm a contribuir.

Os maus-tratos, tanto em crianças quanto em adultos de ambos os性os, possuem repercuções emocionais importantes associadas com uma pior percepção de saúde,

maior utilização de drogas lícitas e ilícitas, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. O impacto dessas ações não ocorre somente sobre o indivíduo, mas na sociedade, principalmente no sistema de saúde.^{9,14} Isso pode ser evidenciado no presente estudo, onde aqueles que sofreram violência procuraram mais os serviços de saúde para consulta devido a problemas emocionais. Porém, a associação com internação psiquiátrica, evidenciada na análise bivariada mas não confirmada na multivariada, pode refletir uma limitação do estudo, pois o número de sujeitos que relataram hospitalização foi pequeno ($n=49$), prejudicando a análise.

De toda forma, os dados corroboram o achado de outros autores^{8-10,21,22} em que a prestação do atendimento às vítimas requer a estruturação adequada do sistema de saúde para prestar às vítimas atenção digna: diagnosticar a violência e acolher demandas. Neste sentido, é fundamental que integre o conjunto das atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Porém, isso leva à reflexão sobre até que ponto o sistema de saúde brasileiro e os profissionais responsáveis estão preparados para identificar e abordar o problema. Em estudo qualitativo²¹ encontrou-se que muitos cuidadores de atenção primária (médicos, enfermeiros e auxiliares) têm dificuldades para lidar com o problema, apontando como barreiras aspectos relacionados à vítima, à falta de conhecimento e habilidades próprias, e a estrutura dos serviços de saúde. Neste sentido vislumbra-se uma perspectiva positiva na capacitação desses profissionais, pois instituições de ensino estão promovendo cursos para gestores e trabalhadores em saúde, direcionados a preencher essa lacuna.¹²

Em relação aos eventos estressantes (perda do emprego, assalto e separação), o presente estudo encontrou associação entre violência física e a ocorrência de dois ou mais eventos em sujeitos na faixa etária de 20 anos ou mais. Mesmo considerando as limitações do estudo (temporalidade e delineamento transversal), os resultados encontrados podem evidenciar um tipo de ambiente social em que convergem as mais variadas formas de violência, estruturado de tal forma a não proteger a população de suas consequências.¹⁷

Conclui-se que a violência física é um problema complexo de violação dos direitos humanos com raízes biopsicossociais, que merece ser abordada como um problema de saúde coletiva. Políticas de saúde coletiva devem incluir ações interdisciplinares e vontade política global para o combate à pobreza, aos conflitos interpessoais, principalmente os oriundos do interior do sistema familiar; ao consumo de substâncias, principalmente o álcool, e deve visar à formação de recursos humanos na área de atenção primária, capaz de identificar e intervir adequadamente para solução do problema.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica.* 2005;39(1):108-13.
2. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez SE, Terrones-González A. Prevalência de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex.* 1998;40(6):481-6.
3. Bauer NS, Herrenkohl TI, Lozano P, Rivara FP, Hill KG, Hawkins D. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *Pediatrics.* 2006;118(2):235-42. doi:10.1542/peds.2005-2509
4. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiq RS.* 2004;25(suppl1):9-21.
5. Dill EJ, Vernberg EM, Fonagy P, Twemlow SW, Gamm BK. Negative affect in victimized children: the roles of social withdrawal, peer rejection, and attitudes toward bullying. *J Abnorm Child Psychol.* 2004;32(2):159-73.
6. Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo, LS et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(1):217-24.
7. Gianini RJ, Litvoc J, Eluf Neto J. Agressão física e classe social. *Rev Saude Publica* 1999;33(2):180-6.
8. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica.* 2005;39(5):695-701.
9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Lang JA, Stein MB, Kennedy CM, Foy DW. Adult psychopathology and intimate partner violence among survivors of childhood maltreatment. *J Interpers Violence.* 2004;19(10):1102-18.
11. Lessa, A. Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2004;11(2):279-96.
12. Minayo MCS. Implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [editorial]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(1):4. doi:10.1590/S0102-311X2007000100001
13. Njaine K, Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad Saude Publica.* 1997;13(3):405-14.
14. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Repercussão da violência na saúde das populações americanas. Washington; 2003. (Resolução CD44.R13)
15. Romito P, Turan JM, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med.* 2005;60(8):1717-27. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.026.
16. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):465-73.
17. Rubin C, Rubenstein JL, Stechler G, Heeren T, Halton A, Housman D, et al. Depressive affect in "normal" adolescentes: relationship to life stress, family, and friends. *Am J Orthopsychiatry.* 1992;62(3):430-44.
18. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4):470-7.
19. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl.* 2002;26(3):267-76. doi:10.1016/S0145-2134(01)00324-6
20. Vermelho LL, Jorge MHPM. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Rev Saude Publica.* 1996;30(4):319-31.
21. Zink T, Regan S, Goldenbar L. Intimate Partner Violence: What are Physicians' perceptions? *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(5):332-40.
22. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet.* 2001;358(9285):881-7.