



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Meloni Vieira, Elisabeth; da Silva Castro Perdoná, Gleici; dos Santos, Manoel Antonio
Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de
saúde

Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 4, agosto, 2011, pp. 730-737

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240192013>

- 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

Elisabeth Meloni Vieira^I

Gleici da Silva Castro Perdoni^{II}

Manoel Antonio dos Santos^{III}

Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde

Factors associated with intimate partner physical violence among health service users

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres e identificar fatores associados.

MÉTODOS: Estudo transversal com 504 mulheres de 15 a 49 anos, em cinco unidades básicas e distritais de saúde em um município paulista em 2008. Foram realizadas entrevistas face a face com uso de questionário com 119 questões, sobre informações sociodemográficas, saúde reprodutiva, percepção sobre papéis de gênero no relacionamento conjugal e experiência de violência. Análises univariada e múltipla por regressão logística foram realizadas.

RESULTADOS: Mais de um terço das mulheres sofreu violência pelo parceiro íntimo. Na análise múltipla os fatores positivamente associados à violência foram: morar em casa alugada, ter sofrido abuso sexual na infância, parceiro agredido fisicamente na infância, o uso de álcool pela entrevistada e pelo parceiro, uso de drogas e percepção sobre o temperamento do parceiro.

CONCLUSÕES: As variáveis identificadas compuseram um modelo preditivo que pode ser utilizado para avaliar o risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher. Mulheres Maltratadas. Maus-Tratos Conjugais. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

^I Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. FMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{III} Departamento de Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Elisabeth Meloni Vieira
Universidade de São Paulo
R. Bandeirantes 3900
Monte Alegre
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Recebido: 17/9/2010

Aprovado: 19/1/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of intimate partner violence against women and identify factors associated.

METHODS: Cross-sectional study comprising 504 women aged 15 to 49 years users of five primary care clinics in a municipality in the state of São Paulo, Southeastern Brazil, in 2008. Face-to-face interviews were carried out using a questionnaire consisting of 119 questions on sociodemographic information, reproductive health, perceptions of gender roles in the marital relationship and experience of violence. Univariate and multiple regression analyses were performed.

RESULTS: More than a third of the women reported intimate partner violence. In the multiple regression analysis factors predisposing to violence included living in rental housing, sexual abuse during childhood, the partner's experience of physical violence during childhood, alcohol and drug use by the woman and her partner, and woman's perception of her partner's temperament.

CONCLUSIONS: The factors identified produced a predictive model that can be used to assess a woman's risk of experiencing intimate partner violence.

DESCRIPTORS: Violence Against Women. Battered Women. Spouse Abuse. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) contra a mulher tem sido amplamente estudada, principalmente em sua articulação com a saúde. Estudos em todo o mundo mostram sua elevada prevalência e variabilidade (15% a 71%).^{7,9} No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual é de 28,9% em São Paulo, SP, e de 36,9% na região da Zona da Mata de Pernambuco.¹³

Os efeitos danosos da violência à saúde da mulher são bem documentados.⁴ As mulheres que sofrem violência são frequentadoras contumazes dos serviços de saúde, possivelmente o único lugar em que procuram ajuda. Esses serviços, locais de grande demanda de assistência a esses casos, devem estar preparados para lidar com o fenômeno.

A revelação da VPI no serviço de saúde é complexa. Envolve questões como invisibilidade social, impunidade dos casos, medo do agressor, despreparo do manejo de casos por profissionais de saúde, não-reconhecimento do problema no campo da saúde e pouca articulação intersetorial para referência e contra-referência dos casos.⁵

Estudos de prevalência e de fatores associados à VPI oferecem informações para o planejamento e implementação de políticas públicas locais, uma vez que esse fenômeno é influenciado por contextos culturais e é esperada variabilidade regional. Informações sobre esses fatores, principalmente nos países não-desenvolvidos, ainda são limitadas.²

É necessário dimensionar com mais precisão a ocorrência do fenômeno, dada sua complexidade e importância. Este estudo teve por objetivos estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres e identificar fatores associados.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado com 504 mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de cinco unidades básicas e distritais de saúde (UBDS) em Ribeirão Preto, SP, de 11 de agosto a 8 de dezembro de 2008.

A seleção amostral foi definida a partir do volume e fluxo dos atendimentos em cada UBDS nos dois anos anteriores (2006-2007). O tamanho da amostra foi calculado com base na estimação de proporção para população finita. Foram distribuídas 4.064 consultas proporcionalmente nas UBDS, calculadas pela média mensal de consultas na unidade em 2006, excluídos os meses atípicos de janeiro e dezembro. Foram sorteadas 504 mulheres para erro relativo 4,4% e $\alpha = 0,05$, e foi proporcional ao atendimento mensal de cada UBDS em relação ao total de usuárias e a produtividade de cada médico. Os critérios de inclusão foram: ser mulher, ter entre 15 e 49 anos e ter consulta agendada com clínico geral ou ginecologista da UBDS. Nove mulheres que relataram nunca ter tido relacionamento íntimo foram excluídas da análise.

Entrevistas face a face foram realizadas individualmente por entrevistadoras treinadas, antes ou após a consulta, na própria UBDS. Utilizou-se questionário com 119 questões sobre características sociodemográficas, saúde reprodutiva, percepção sobre papéis de gênero no relacionamento conjugal e experiência de violência. Foram utilizadas questões do estudo multipaíses da Organização Mundial da Saúde (OMS), principalmente questões acerca da violência, do parceiro e sobre gênero.^a

A variável resposta foi considerada pela presença de pelo menos uma resposta positiva às seis perguntas sobre violência física por parceiro íntimo (sim; não). Essas perguntas são: Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão? Machucou-a com um soco ou com algum objeto? Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? Estrangulou ou queimou você de propósito? Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?.

As variáveis independentes contemplaram informações sociodemográficas: idade (15 a 25 anos; 26 a 35 anos; 36 a 45 anos e 46 a 49 anos), situação conjugal (casada; coabitando; solteira ou viúva; separada ou divorciada), cor (branca; não-branca), religião (católica; evangélica; outras), escolaridade (< oito anos; entre nove e 11 anos; > 12 anos), identidade do chefe da família (esposo; a entrevistada; pai ou mãe; outros), condições socioeconômicas (avaliadas pelo critério Brasil de nível de consumo: A; B; C; D; E), tipo de casa (própria ou não); história pregressa de violência na família de origem: mãe agredida (sim; não); sogra agredida (sim; não); marido ou companheiro agredido na infância (sim; não); história pregressa de abuso sexual (sim; não), que foi definido como o toque sexual antes dos 15 anos; saúde reprodutiva: idade na primeira relação sexual (< 14 anos; 15 a 16 anos; 17 a 18 anos; > 19 anos), número de gestações (nenhuma; 1; 2; 3 ou mais) e aborto (sim; não); uso de álcool pela entrevistada: uso de bebida alcoólica muito freqüente (quase todo dia ou 1 ou 2 vezes por semana) ou freqüente (1 vez por mês) foi considerado sim. O uso ocasional (de vez em quando) ou nunca foi considerado como não-uso; uso atual ou anterior de drogas pela entrevistada (sim; não); uso de bebida alcoólica pelo parceiro ou marido (mesmas categorias), uso de droga pelo parceiro (sim; não), problemas nos últimos 12 meses devido ao uso de bebida do companheiro (sim; não), envolvimento do parceiro em brigas (sim; não), opinião sobre o temperamento do parceiro (calmo; agressivo); e gênero. Quanto à última, foram testadas três variáveis do estudo da OMS.^{13,a} A primeira continha seis afirmações sobre condutas da mulher e do homem em um relacionamento, com foco nos papéis de gênero. As entrevistadas diziam se concordavam,

discordavam ou não sabiam sobre cada afirmação. Para cada resposta positiva, foi somado um ponto e as respostas foram escalonadas de 1 a 7 pontos. A segunda variável, relativa a gênero e violência, avaliava o grau de aceitação da violência como motivo aceitável para o não cumprimento de normas de conduta para o papel de gênero feminino, como, por exemplo, recusar-se a manter relações sexuais ou ter sido infiel. Seis afirmações foram lidas para a entrevistada, que foi solicitada a declarar se concordava com a justificativa da violência; por isso foi denominada aceitação de violência (sim; não). A terceira variável foi presença de parceiro controlador. O parceiro controlador foi definido por qualquer resposta positiva a alguma das sete afirmações sobre o comportamento do parceiro, como evitar o contato da mulher com a família e amigos, insistir em saber o tempo todo onde está a parceira e outros comportamentos controladores (sim; não).

Foi estimada associação da VPI com variáveis explicativas isoladas na análise univariada ($p \leq 0,05$). Modelo de regressão logística múltipla foi proposto para as variáveis selecionadas ($p \leq 0,20$). Foram mantidas as que apresentaram $p < 0,05$ por métodos de seleção automática (*stepwise, back and forward*). Os cálculos foram feitos no *software* Stata 9.0.

As normas para pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Processo nº. 1285/2007). As entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistadoras e supervisoras foram instruídas a orientar as mulheres que revelaram história de violência sobre os seus direitos de cidadania e os recursos sociais disponíveis no município, entregando-lhes um folheto com organizações e endereços onde poderiam obter informação e apoio em situações de violência.

RESULTADOS

A prevalência de VPI uma vez na vida foi de 34,5%. A média de idade foi de 33,2 anos (desvio-padrão – dp: 10 anos). A maioria declarou ser branca e católica, casada ou coabitar com um parceiro. Cerca de um quinto declarou-se solteira ou separada, mas com parceiro íntimo. Parcela menor era separada ou divorciada sem parceiro. A maioria (48,2%) tinha até oito anos de escolaridade, 43,4% entre nove e 11 anos de escolaridade e apenas 8,2% tinha mais de 12 anos de estudo (equivalente ao ensino superior). A maior parte das mulheres indicou o marido ou companheiro como chefe da família, morava em casa própria e apresentava condição socioeconômica C ou D (Tabela 1).

^a Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, 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.

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas e p-valor do teste de associação com a variável violência física por regressão logística univariada. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Variável	F	%	p
Idade (anos)			
15 a 25	142	28,7	
26 a 35	131	26,5	
36 a 45	146	29,5	
46 a 49	76	15,3	0,936
Cor da pele			
Branca	275	55,6	
Parda	152	30,7	
Preta	64	12,9	
Indígena	4	0,8	0,93
Religião			
Católica	275	55,6	
Evangélica	137	27,7	
Espírita	36	7,3	
Presbiteriana	12	2,4	
Outras	35	7,0	0,119
Escolaridade			
Analfabeto a 4º ano	28	5,7	
5º ano a Fundamental	113	22,8	
Fundamental completo	131	26,5	
Médio completo	204	41,2	
Superior completo	19	3,8	0,002
Situação conjugal			
Casada	189	38,2	
Coabita	140	28,3	
Separada, solteira, s/ parceiro	113	22,8	
Solteira c/ namorado	53	10,7	<0,01
Moradia			
Própria	245	49,5	
Alugada	172	34,7	
Cedida	59	11,9	
Outras	19	3,8	0,008
Chefe da família			
Esposo	288	58,2	
Entrevistada	98	19,8	
Pai	51	10,3	
Mãe	35	7,1	
Outros	23	4,6	0,26
Anos de estudo			
0 a 8 anos	215	43,4	
9 a 11 anos	239	48,3	
> 12 anos	41	8,3	0,033

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	F	%	p
CCBE			
A	37	7,5	
B	116	23,4	
C	179	36,2	
D	121	24,4	
E	42	8,5	0,06

CCBE: Critério Brasil de Classificação Socioeconômica

A idade não se mostrou associada à violência física, tampouco a cor da pele. A violência física foi mais prevalente em mulheres evangélicas ou de outras religiões, sem significância estatística. A chance de sofrer VPI aumentou em quase quatro vezes para mulheres separadas ou divorciadas. Quanto menor a escolaridade, maior a chance da violência. Apesar das classes A e E apresentarem proporções elevadas de VPI (40,5% e 45,2%, respectivamente), não foi encontrada associação estatisticamente significativa. Não ter casa própria apresentou-se como risco para VPI. As mulheres que viviam em moradia alugada, cedida ou de outro tipo apresentaram maior chance para a violência física em relação àquelas que referiram morar em casa própria. Apesar de a maioria das mulheres ter classificado o esposo como o chefe de família, as que se classificaram como chefes de família apresentaram maior risco para a violência física. A chance de VPI aumentou em 96% para aquelas que se denominaram ser chefe da família, em 5% para as que referiram que o chefe era o esposo e em 77,5% se outros (irmãos, avós, tios, etc.) foram considerados chefe da família (Tabela 2).

Ter visto a mãe sofrer violência mostrou associação com VPI. Proporção de 33,4% das entrevistadas testemunhou a mãe ser agredida. Perguntadas se sabiam se a sogra foi agredida, 22,4% das mulheres responderam que sim. A chance de sofrer violência física aumentou em 92% para as mulheres cujas mães foram agredidas e a chance de VPI aumenta em 96% se o parceiro teve a mãe agredida.

Perguntadas se o parceiro sofreu agressão física na infância, 20,6% das mulheres responderam sim. O mesmo ocorreu para abuso sexual, relatado por 22,5% das mulheres. A chance de VPI aumentou em duas vezes e meia entre mulheres com história de abuso sexual e em três vezes se o parceiro foi agredido na infância.

A média de idade da primeira relação sexual foi de 16,7 anos; quase a metade iniciou a vida sexual antes dos 17 anos. Primeira relação sexual antes dos 14 anos aumentou em quase três vezes o risco de sofrer VPI. Proporção de 18,5% das entrevistadas nunca havia engravidado e 48,8% tiveram de uma a duas gravidezes. Maior número de gestações mostrou-se associado à

Tabela 2. Análise univariada entre violência física por parceiro íntimo e fatores associados. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Variável	OR	IC95%	p
Situação conjugal			
Casada	1	-	
Mora junto	2,7	1,7;4,3	<0,001
Solteira	1,5	0,9;2,5	0,142
Separada, divorciada	4,0	2,1;7,5	<0,001
Anos de estudo			
9 a 11	1	-	
< 8	1,9	1,3;2,8	0,001
≥ 12	1,2	0,6;2,4	0,631
Identidade do chefe da família			
Pai/mãe	1	-	
Esposo	1,0	0,6;1,8	0,858
Entrevistada	2,0	1,1;3,6	0,030
Outros	1,8	0,7;4,6	0,234
Posse de casa própria			
Própria	1	-	
Alugada	1,9	1,3;2,6	0,001
Mãe agredida			
Não	1	-	
Sim	1,9	1,3;2,8	0,001
Sogra agredida			
Não	1	-	
Sim	2,0	1,3;3,0	0,002
Companheiro agredido na infância			
Não	1	-	
Sim	3,3	2,1;5,1	<0,001
Abuso sexual			
Não	1	-	
Sim	2,6	1,7;3,9	<0,001
Idade na 1ª relação sexual (anos)			
> 19	1	-	
< 14	2,9	1,6;5,2	<0,001
15 a 16	1,9	1,1;3,2	0,018
17 a 18	1,8	1,0;3,0	0,037
Número de gestações			
0	1	-	
1	2,1	1,1;3,7	0,017
2	4,1	2,2;7,7	0,000
3 ou mais	4,0	1,7;9,1	0,001
Teve abortos			
Não	1	-	
Sim	2,0	1,3;3,1	0,002
Aceitação da violência			
Não	1	-	
Sim	1,9	1,1;3,3	0,018

Continua

Tabela 2 continuação

Variável	OR	IC95%	p
Parceiro controlador			
Não	1	-	
Sim	3,8	2,4;6,0	<0,001
Ingestão de bebida pela entrevistada			
Raramente	1	-	
De vez em quando	0,3	0,1;0,9	0,03
Freqüentemente	2,2	1,3;3,5	0,002
Uso de drogas pela entrevistada			
Não	1	-	
Sim	3,4	1,7;6,8	0,001
Ingestão de bebida pelo companheiro			
Raramente	1	-	
De vez em quando	1,1	0,5;2,2	0,859
Freqüentemente	1,6	1,1;2,4	0,018
Uso de drogas pelo companheiro			
Não	1	-	
Sim	5,8	3,6;9,5	<0,01
Vivenciou problemas de bebida com companheiro nos últimos 12 meses			
Não	1	-	
Sim	3,5	2,3;5,2	<0,01
Companheiro envolvido em agressão física			
Não	1	-	
Sim	9,6	5,3;17,4	<0,01
Opinião sobre parceiro			
Calmo	1	-	
Agressivo	31,8	15,6;64,9	<0,01
Perde fácil o controle	11,5	6,7;19,5	<0,01

VPI. A mulher que teve mais de três gestações apresentou maior chance de violência do que as que nunca haviam engravidado.

Das entrevistadas, 21,4% referiram aborto que se mostrou associado à violência física. O risco de violência aumentou em 97% entre aquelas que sofreram aborto (Tabela 2).

Questões de papéis de gênero no relacionamento do casal não apresentaram associação com o desfecho. A maioria das mulheres discordou de qualquer justificativa para a violência. Cerca de um terço das mulheres não classificou o parceiro como controlador. Aceitar qualquer justificativa para a violência aumentou em 93% a chance de sofrer VPI; ter um parceiro controlador aumentou em até quatro vezes essa chance (Tabela 2).

Entre as respondentes, 16,5% declararam fazer uso de álcool freqüentemente, 7,1% referiram uso uma vez por mês e 76,3 referiram uso ocasional; 7,2%

referiram uso atual ou anterior de drogas. A chance de sofrer violência foi maior para usuários frequentes de álcool e/ou drogas. O uso de álcool pela entrevistada aumentou em duas vezes sua chance de sofrer VPI e o uso de droga, em pelo menos três vezes (Tabela 2).

A chance de sofrer violência foi maior para mulheres com parceiro usuário de álcool com grande frequência e que usava ou já havia usado drogas. O risco de VPI aumentou em 59% com o uso frequente de álcool e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo parceiro. Cerca de 30,0% das mulheres vivenciaram problemas de dinheiro, com familiares ou outros, devido ao uso da bebida do companheiro, o que representou pelo menos três vezes o risco de VPI (Tabela 2).

Entre os parceiros, 14,7% tinham se envolvido em brigas com agressão física por outro homem. A maioria das mulheres percebia seu parceiro como calmo e equilibrado. O risco de sofrer violência aumentou mais de 30 vezes se a mulher considerava seu parceiro agressivo.

As variáveis selecionadas para a análise múltipla foram: anos de estudo, situação conjugal, tipo de casa, abuso sexual, mãe agredida pelo pai, parceiro agredido na infância, o uso de álcool pela mulher e pelo parceiro, uso de drogas pelo parceiro, problemas do parceiro com bebida nos últimos 12 meses, envolvimento do parceiro em brigas com agressão e percepção sobre o temperamento do parceiro (Tabela 3).

Mulheres que coabitavam, eram separadas ou divorciadas tinham duas vezes mais chance de VPI do que as mulheres casadas, diferença estatisticamente significativa. Escolaridade menor do que oito anos aumentou o risco de VPI em 47%, mas não foi significativa. Morar em casa alugada ou cedida aumentou duas vezes o risco de sofrer VPI; o mesmo ocorreu para ter sofrido abuso sexual e ter parceiro agredido fisicamente na infância. Mãe agredida aumentou o risco em cerca de 50%, mas não foi significativa. Uso de álcool pela mulher ou pelo parceiro foi significativa, mas é mais importante para a mulher, pois pode detectar um risco de VPI duas vezes e meia maior, comparando-se com quem não usa álcool. O uso de drogas pelo parceiro e seu envolvimento em brigas aumentou, respectivamente, mais de três e mais de duas vezes o risco de VPI. A percepção do parceiro como agressivo aumentou nove vezes a chance de sofrer violência (Tabela 3).

Na análise múltipla, antecedentes familiares de violência, inclusive abuso sexual, envolvimento com álcool, drogas e brigas, assim como percepção da agressividade do parceiro permaneceram na equação (Tabela 3). Das variáveis sociodemográficas, apenas duas mostraram-se significativas: ser separada ou divorciada e morar em casa alugada.

Tabela 3. Análise multivariada entre violência física por parceiro íntimo e fatores associados. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Variável	OR	IC95%	p
Anos de estudo			
> 9	1	-	
< 8	1,5	0,9;2,5	0,143
Situação conjugal			
Casada	1	-	
Mora junto	1,9	0,98;3,5	0,060
Solteira e viúva	1,0	0,5;2,1	0,925
Separada e divorciada	2,3	1,0;5,1	0,049
Tipo de casa			
Própria	1	-	
Alugada	1,7	1,0;2,9	0,039
Abuso sexual			
Não		-	
Sim	1,9	1,0;3,4	0,041
Mãe da entrevistada agredida			
Não	1	-	
Sim	1,5	0,9;2,6	0,115
Parceiro agredido fisicamente na infância			
Não	1	-	
Sim	1,9	1,1;3,6	0,035
Ingestão de álcool pela entrevistada			
Não	1	-	
Sim	2,5	1,2;5,1	0,010
Ingestão de álcool pelo parceiro			
Não	1	-	
Sim	2,0	1,1;3,8	0,029
Uso de drogas pelo parceiro			
Não	1	-	
Sim	3,3	1,7;6,3	<0,01
Problema com bebida do parceiro nos últimos 12 meses			
Não	1	-	
Sim	1,6	0,8;2,9	0,170
Envolvimento do parceiro com brigas			
Não	1	-	
Sim	2,7	1,2;5,7	0,012
Percepção do parceiro como agressivo			
Calmo	1	-	
Agressivo	9,3	5,4;16,1	< 0,01

Matriz de confusão formada por escores resultantes e da amostra foi utilizada para verificar o desempenho do modelo. A probabilidade de corte foi igual a 0,34. As mulheres que alcançaram escore maior do que 0,34 foram classificadas como apresentando VPI e as demais foram consideradas sem essa experiência. O modelo apresentou sensibilidade igual a 80,7% e especificidade de 82,8%, totalizando classificação correta de 83,5%.

DISCUSSÃO

A prevalência de violência física entre usuárias dos serviços de saúde de Ribeirão Preto é similar à de estudos nacionais. Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre, RS, encontrou prevalência de violência física de 38%.¹² Schraiber et al,¹⁵ ao investigarem usuárias de 19 serviços de atenção básica da região metropolitana de São Paulo, encontraram prevalência de 40,4%, com variação de 38,6% a 42,1%. Marinheiro et al,¹³ em estudo circunscrito a um distrito sanitário de Ribeirão Preto, estimaram prevalência de violência física de 26,4%.

A violência não esteve associada à idade, cor e religião. A idade tem sido pouco associada à ocorrência da VPI, embora estudos mostrem maior prevalência entre jovens⁶ e outros, que a idade mais avançada do parceiro é associada a menor risco.¹ Uma em cada seis universitárias espanholas, em algum momento de sua vida, experimentou violência perpetrada por seu parceiro íntimo ou por outra pessoa do sexo masculino.¹⁷ No leste da Índia, idade mais avançada foi significativamente associada à ocorrência de violência física.²

Apesar de não ter sido encontrada associação entre classificação socioeconômica e violência física, não ter casa própria manteve-se associado à violência física, mesmo na análise múltipla. Isso pode ser reflexo não apenas da situação socioeconômica, mas da instabilidade de moradia. Ribeirão Preto recebe imigrantes sazonais para a colheita de cana-de-açúcar que se deslocam pela região. Níveis mais altos de escolaridade e salários têm sido identificados como preditores de proteção contra o risco e a consumação/perpetração da violência doméstica.^{1,2,10} Em estudo realizado no município de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, escolaridade de até oito anos foi associada à VPI, mas perdeu significância quando mediada por outros fatores.^{6,13}

Variáveis sociodemográficas associadas à VPI na análise univariada, como anos de estudo, situação conjugal e identidade do chefe da família, parecem apontar para conflitos de gênero que favorecem a violência nas relações. Mulheres com níveis educacionais mais altos teriam mais recursos para alcançar maior autonomia e poderiam ter mais habilidades para reconhecer e romper com relacionamentos abusivos. Entretanto, salário mais alto da mulher em comparação ao de seu parceiro pode ser fator de conflito.^{1,2,6} A violência contra a mulher aconteceria como estratégia de manutenção do poder masculino.

Essa parece ser a explicação para que a VPI ocorra entre mulheres de escolaridade média no Brasil,¹⁴ já que as mulheres de escolaridade baixa não enfrentariam os desafios de gênero e as de escolaridade alta gozariam de situação de poder menos desigual com seus parceiros. Na China e Índia, maior nível de escolaridade torna-se fator de proteção contra a violência.^{2,18}

Em países não desenvolvidos, como a Turquia, a VPI está associada à pobreza, desemprego, baixa escolaridade, maior número de filhos e submissão da mulher às decisões familiares.¹⁵ Assumir a identidade de chefe da família contraria as normas sociais de gênero e pode favorecer a VPI. Em países emergentes, ao se tornarem socialmente mais poderosas, as mulheres podem sofrer maior risco de violência pelo parceiro íntimo, tal como mostra pesquisa realizada na Índia, na qual mulheres que estavam engajadas em pequenos negócios ou atividades produtivas foram encontradas com maior chance de sofrer violência.²

A categoria “separada” também foi associada à VPI em São Paulo,⁶ o que sugere que muitas mulheres conseguem se libertar da situação de violência, rompendo o estereótipo de que a VPI é uma situação irremediavelmente crônica.

Antecedentes familiares de violência são apontados como importante fator de risco para violência.^{6,10} A transmissão intergeracional da violência tem sido usada teoricamente para explicar a relação entre ter presenciado violência na família de origem e a VPI. Pesquisa com universitários da Carolina do Sul, nos Estados Unidos, mostrou correlação entre ter presenciado violência física entre os pais e a ocorrência de violência física e psicológica em seus próprios relacionamentos.³ Presenciar a mãe ser agredida pelo parceiro é importante fator de risco, com associação significativa aumentando cerca de cinco vezes a ocorrência de VPI.^{1,6,10,16,17}

Ter testemunhado violência contra a mãe, para a entrevistada ou para seu parceiro, aumenta consideravelmente o risco de VPI. A reprodução social da violência intrafamiliar pode ser banalizada e naturalizada como parte das relações amorosas no processo de socialização familiar das crianças,³ assim como ter sofrido agressão na infância, variável significante para o risco de ser agressor.

Uso de álcool pelo parceiro e pela entrevistada associou-se à VPI na análise múltipla, e o risco de violência aumentou com o etilismo da mulher. O etilismo do parceiro é fator preditivo da violência contra a mulher.^{1,2,6} A violência pode ser deflagrada quando há discussões se um ou os dois estão sob o efeito de álcool, predispondo os parceiros a atos violentos.⁶

A percepção sobre o temperamento do parceiro aumenta o risco de violência. Essa informação pode auxiliar os profissionais de saúde na avaliação de risco dos casos de violência.

Embora não haja consenso sobre o uso de protocolos de *screening* para a assistência da mulher que sofre VPI,⁸ o uso da matriz de confusão em nosso estudo mostra a força do modelo e a importância dos fatores associados na análise múltipla. Esse modelo poderia ser utilizado em protocolos de *screenings* com chance de erro de menos de 20%.

Aponta-se como limite deste estudo que os resultados obtidos não podem ser generalizados para a população, pois se trata de prevalência da VPI encontrada em serviços de saúde, freqüentemente mais elevada do que a prevalência populacional.

Em conclusão, apesar de ser um fenômeno complexo, foi possível identificar variáveis envolvidas em um modelo preditivo que avaliou risco de sofrer violência,

o que pode contribuir para a formulação de políticas públicas de combate à VPI.

AGRADECIMENTO

À Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber da Faculdade de Medicina da USP pelo acesso aos questionários e colaboração ao projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ansara DL, Hindin MJ. Perpetration of intimate partner aggression by men and women in the Philippines: prevalence and associated factors. *J Interpers Violence*. 2009;24(9):1579-90. DOI:10.1177/0886260508323660
2. Babu BV, Kar SK. Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration. *Public Health*. 2010;124(3):136-48. DOI:10.1016/j.puhe.2010.01.014
3. Black DS, Sussman S, Unger JB. A further look at the intergenerational transmission of violence: witnessing interparental violence in emerging adulthood. *J Interpers Violence*. 2010;25(6):1022-42. DOI:10.1177/0886260509340539
4. Campbell JC. Health Consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-6. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
5. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comun Saude Educ*. 2009;13(31):287-99. DOI:10.1590/S1414-32832009000400005
6. D'Oliveira AFP, Schraiber LB, França Jr I, Ludermit AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-310. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013
7. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72. DOI:10.1016/S0140-6736(08)60522-X
8. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
9. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
10. Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S, Shireen J, Campbell J. Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *Am J Public Health*. 2006;96(1):132-8.
11. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701. DOI:10.1590/S0034-89102005000500001
12. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):604-10. DOI:10.1590/S0034-89102006000500008
13. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Jr I, Diniz S, Portella AP, Ludermit AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):359-67. DOI:10.1590/S0034-89102007000300006
15. Tokuç B, Ekuklu G, Avcioglu S. Domestic Violence against married women in Edirne. *J Interpers Violence*. 2010;25(5):832-47.
16. Vameghi M, Feizzadeh A, Mirabzadeh A, Feizzadeh G. Exposure to domestic violence between parents: a perspective from Tehran, Iran. *J Interpers Violence*. 2010;25(6):1006-21. DOI:10.1177/0886260509340532
17. Vázquez F, Torres A, Otero P, Blanco V, Lopez M. Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema*. 2010;22(2):196-201.
18. Xu X, Fengchuan Z, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell J. Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *Am J Public Health*. 2005;95(1):78-85. DOI:10.2105/AJPH.2003.023978