

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Nádia Machado de Vasconcelos

**Prevalência e fatores associados à violência contra as mulheres adultas por
parceiro íntimo: análise de dois inquéritos nacionais de saúde**

Belo Horizonte

2021

Nádia Machado de Vasconcelos

Prevalência e fatores associados à violência contra as mulheres adultas por parceiro íntimo: análise de dois inquéritos nacionais de saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças e agravos não transmissíveis

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta

Coorientadora: Dra. Crizian Saar Gomes

Belo Horizonte

2021

Vasconcelos, Nádia Machado de.
V331p Prevalência e fatores associados à violência contra as mulheres adultas por parceiro íntimo: análise de dois inquéritos nacionais de saúde [manuscrito]. / Nádia Machado de Vasconcelos. - - Belo Horizonte: 2021. 109f.: il.
Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.
Coorientador (a): Crizian Saar Gomes.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência por Parceiro Íntimo. 2. Violência de Gênero. 3. Disparidades nos Níveis de Saúde. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Epidemiologia. 6. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Gomes, Crizian Saar. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 300

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO

NÁDIA MACHADO DE VASCONCELOS

Às 09:00 horas do dia 09 de setembro de 2021, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Lifesize ([Link da transmissão no YouTube: https://youtu.be/4qw7u8ekCxs](https://youtu.be/4qw7u8ekCxs)), realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **NÁDIA MACHADO DE VASCONCELOS**. A presidência da sessão coube ao **Professora Deborah Carvalho Malta**, orientadora. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Prof(a). Crizian Saar Gomes (UFMG/pós-doutoranda) - Coorientadora, Prof. Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG) e Prof. Regina Tomie Ivata Bernal (NUPENS USP)**. Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Dissertação de Mestrado**, intitulada: "**Prevalência e fatores associados à violência contra as mulheres adultas por parceiro íntimo: análise de dois inquéritos nacionais de saúde**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar **aprovada** a **Dissertação de Mestrado**. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 09 de setembro de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Adalgisa Peixoto Ribeiro, Subchefe de departamento**, em 21/09/2021, às 07:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regina Tomie Ivata Bernal, Usuário Externo**, em 23/09/2021, às 11:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Crizian Saar Gomes, Usuário Externo**, em 23/09/2021, às 13:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta, Professora do Magistério Superior**, em 23/09/2021, às 17:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0945693** e o código CRC **3E9D3BD6**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-reitor

Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor da Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Mário Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Humberto José Alves

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Alaneir de Fátima Santos

Sub-Coordenadora

Lidyane do Valle Camelo

A todas as mulheres com quem cruzei histórias e que trouxeram força a minha travessia. Minha luta é para que nossas existências não sejam invisíveis e meu sonho é que um dia nossa luta seja menos injusta.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por ser grandioso e nunca deixar de me guiar.

À minha orientadora, professora Deborah, sou grata pela generosidade com que me acolheu, me orientou e partilhou seus conhecimentos, sempre me engrandecendo com novos aprendizados. Sua dedicação e sua competência me inspiram! Obrigada também por ter me colocado em contato com tantas pessoas incríveis nesse processo, com certeza cada uma delas enriqueceu meu caminho.

À Crizian, minha querida coorientadora, agradeço por ter aceitado o desafio de coorientação, pela paciência, pelos ensinamentos e toda sua dedicação ao meu crescimento. Te admiro muito!

À Fabiana, meu anjo da guarda, agradeço pelas horas dedicadas a me ajudar e pela grande companheira de caminhada que se tornou.

Aos colegas orientandos da profa. Deborah, obrigada pelas conversas, pelas contribuições e pelo incentivo.

Aos amigos do mestrado, especialmente à Bianca, Elisama, Ingryd, Karla e Soraia (minhas meninas), agradeço o companheirismo nessa loucura chamada mestrado em plena pandemia! Sem vocês, nada seria igual e tampouco teria valido tanto a pena.

Aos professores do PPGSP, agradeço a dedicação e todo o conhecimento repassado.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão por serem minha rocha e meu suporte. Mãe, você é meu exemplo. Pai, você é meu amor. Ivan, meu primeiro leitor, você sempre será meu porto seguro.

Aos tios e primos, agradeço a torcida, o carinho e o cuidado.

Aos meus queridos amigos Anne, Babi, Peter, Rennan e Taty, agradeço por me entenderem na minha ausência e por estarem presentes nos momentos em que mais preciso. Ainda bem que a gente tem a gente!

Aos amigos do HOB, obrigada por tornarem meus dias mais leves e por me trazerem sorriso mesmo nos momentos de maior angústia.

Aos amigos do IPSEMG, Aninha, Luciana e Vini, agradeço pela escuta, pela compreensão e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

A todos que estiveram presentes durante meu percurso, agradeço a torcida e o apoio. A felicidade não seria real se não fosse compartilhada.

“A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(Guimarães Rosa)

Resumo

Introdução: A violência por parceiro íntimo (VPI) atinge mulheres de todo o mundo, sendo evidente atentado aos Direitos Humanos. A VPI se relaciona às desigualdades e às iniquidades sociais, contribuindo para a vulnerabilidade de grupos específicos. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de violência por parceiro íntimo e os fatores associados em mulheres adultas em dois inquéritos epidemiológicos realizados no Brasil. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 e do Inquérito do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) 2017. Para a análise da PNS 2019, considerou-se VPI o relato pela mulher de qualquer ato de violência, seja ela psicológica, física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo atual ou anterior. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência bruta (RPb) e ajustada (RPa) da VPI segundo faixa etária, escolaridade, raça/cor da pele, região e renda pelo modelo de Poisson. Referente ao VIVA Inquérito, considerou-se a violência física perpetrada por parceiro íntimo atual ou anterior. Foram estimadas as frequências ponderadas e realizada Análise de Correspondência Simples (ACS) para verificar a associação entre as características da vítima, da violência e do provável agressor. **Resultados:** Os resultados da PNS mostraram que a VPI foi relatada por 7,60% das mulheres adultas brasileiras, sendo a violência psicológica a mais comum (7,07%). No modelo multivariado, verificou-se que as mulheres de 18 a 24 anos (RPb: 1,41; IC95%: 1,10; 1,82) e 25 a 39 anos (RPb:1,42; IC95%: 1,23; 1,65) e de renda menor que 1 salário-mínimo (RPb: 1,55; IC95%: 1,08; 2,23) tiveram maiores prevalências de VPI. Em relação ao VIVA Inquérito, foram pesquisadas 276 vítimas de VPI do tipo física em 2017. Destacaram-se na ACS o perfil 2, que mostrou associação entre a faixa etária de 40 e 59 anos, a escolaridade de até 08 anos de estudo, consumo de álcool pela vítima e violência por meio de armas; e o perfil 4 em que faixa etária de 18 a 24 anos, raça/cor negra, ausência de atividade remunerada, agressão em via pública e lesões de maior gravidade estiveram associadas. **Conclusões:** A violência afeta mulheres de diversos contextos e a VPI se distribui de maneira desigual, sendo que mulheres de menor renda e de raça/cor da pele negra são mais expostas a violências mais graves. Esses resultados mostram a importância da análise da VPI em diferentes inquéritos, pois possibilita conhecer realidades diversas e apoiar o desenvolvimento de políticas e estratégias integradas para a prevenção desse agravo, auxiliando no alcance da equidade em saúde. **Palavras-chave:** Violência por parceiro íntimo; Violência de gênero; Iniquidade em Saúde; Inquéritos Epidemiológicos; Epidemiologia

Abstract

Introduction: Intimate partner violence (IPV) affects women all over the world, being an evident violation of Human Rights. IPV is related to social inequalities and inequities, contributing to the vulnerability of specific groups. **Objective:** To analyze the occurrence of intimate partner violence against adult women and its associated factors in two epidemiological surveys carried out in Brazil. **Methods:** Cross-sectional epidemiological study using data from the National Health Survey (PNS) 2019 and the Violence and Accident Surveillance System (VIVA) Survey 2017. For the PNS 2019 analysis, IPV was considered as the report by the woman of any act of violence, whether psychological, physical or sexual, perpetrated by a current or previous intimate partner. Prevalence and crude (cPR) and adjusted (aPR) prevalence ratios of IPV were calculated according to age group, education, race/skin color, region, and income, using the Poisson model. Regarding the VIVA Survey, physical violence perpetrated by a current or previous intimate partner was considered. Weighted frequencies were estimated, and Simple Correspondence Analysis (SCA) was performed to verify the association between the characteristics of the victim, the violence, and the probable aggressor. **Results:** The results of the PNS showed that IPV was reported by 7.60% of Brazilian adult women, with psychological violence being the most common (7.07%). In the multivariate model, it was found that women aged 18 to 24 years (cPR: 1.41; CI95%: 1,10; 1,82) and 25 to 39 years (cPR: 1.42; CI95%: 1,23; 1,65) and with income less than 1 minimum wage (cPR: 1.55; CI95%: 1,08; 2,23) had higher prevalence of IPV. Regarding the VIVA Survey, 276 victims of physical IPV were surveyed in 2017. It stood out in the SCA the profile 2, which showed an association between the age group of 40 and 59 years, education of up to 08 years of schooling, alcohol consumption by the victim and violence through weapons; and the profile 4, in which the age group from 18 to 24 years, black race/skin color, lack of paid activity, aggression on public roads and serious injuries were associated. **Conclusions:** Violence affects women from different contexts and IPV is unevenly distributed, with women of lower income and of black race/skin color being more exposed to more serious violence. These results show the importance of analyzing IPV in different surveys, as it makes possible to know different realities and support the development of integrated policies and strategies for the prevention of this condition, helping to achieve equity in health.

Keywords: Intimate partner violence; Gender-based violence; Health Inequity; Health Surveys; Epidemiology

Lista de figuras

CORPO DO TEXTO

- Figura 1. Níveis do modelo ecológico de conceituação da violência
- Figura 2. Fluxograma dos atendimentos registrados no VIVA Inquérito 2017.

ARTIGO 1

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

ARTIGO 2

- Figura 1. Biplot com os perfis da violência física contra as mulheres adultas por parceiro íntimo registradas no VIVA Inquérito 2017.

Lista de Tabelas

ARTIGO 1

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada (n = 34.334).

Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

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

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

ARTIGO 2

Tabela 1. Características das mulheres adultas vítimas de violência física perpetrada por parceiro íntimo atendidas nos serviços de urgência e emergência e do provável autor da agressão (n = 276). VIVA Inquérito, 2017.

Tabela 2. Características da violência física contra mulheres adultas perpetrada por parceiro íntimo, atendidas nos serviços de urgência e emergência (n = 276). VIVA Inquérito, 2017.

Tabela 3. Dimensões e proporção da variância explicada na Análise de Correspondência Simples. VIVA Inquérito, 2017

Tabela 4. Coordenadas e contribuições das características sociodemográficas da vítima, violência e agressor. VIVA Inquérito, 2017.

Lista de abreviaturas e siglas

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Análise de Correspondência Simples
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DALY	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EC95	Emenda Constitucional 95
Fiocruz	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INS	Inquéritos Nacionais de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LMP	Lei Maria da Pena
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RP	Razão de Prevalência
RPa	Razão de Prevalência ajustada
RPb	Razão de Prevalência bruta
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SM	Salário-mínimo
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade Primária de Amostragem
VCM	Violência Contra as Mulheres
VG	Violência de Gênero
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
ZMP	Zona da Mata Pernambucana

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	18
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
4.1 A VIOLÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	22
4.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA AS MULHERES	24
4.2.1 Conceitos e contextos	24
4.2.2 Epidemiologia	27
4.2.3 Custos e impactos	29
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL	31
4.4 INQUÉRITOS NACIONAIS DE SAÚDE (INS)	36
4.4.1 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	36
4.4.2 Viva Inquérito	37
5. MATERIAIS E MÉTODOS	40
5.1 TIPO DE ESTUDO	40
5.2 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019	40
5.2.1 Amostra e coleta dados	40
5.2.2 Variáveis do estudo	41
5.2.2.1 Variável desfecho	41
5.2.2.2 Variáveis explicativas.....	42
5.2.3 Análise estatística	42
5.3 VIVA INQUÉRITO 2017	43
5.3.1 Amostra e coleta de dados	43
5.3.2 Variáveis do estudo	45
5.3.2.1 Características da vítima.....	45
5.3.2.2 Características da agressão	45
5.3.2.3 Características do agressor	45
5.3.3 Análise estatística	45
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	47
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49

6.1 ARTIGO 1	49
6.2 ARTIGO 2	68
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A – SINTAXE DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	96
ANEXO A.....	109

1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Sou aluna da UFMG desde a graduação, onde me formei em Medicina em 2013. No meu percurso profissional, me especializei em Ginecologia e Obstetrícia entre 2014 e 2017 e passei desde então a me dedicar ao cuidado das mulheres. Nesses anos, tive a oportunidade de me vincular a estabelecimentos de vários níveis do Sistema Único de Saúde, tendo trabalhado em Unidades Básicas de cidades pequenas do interior de Minas Gerais, assim como em hospitais de referência em Belo Horizonte.

Assim, meu interesse pela temática da Violência Contra as Mulheres surgiu a partir da minha experiência com as mulheres que atendi, suas dores e seus sofrimentos. Entender a vivência dessas mulheres e ser capaz de acolhê-las em suas singularidades me motivou a estudar esse agravo. Além disso, entender que o enfrentamento a esse problema depende de mudanças estruturais me impulsionou a procurar meios de me tornar ativa na busca por maior equidade de gênero, não apenas produzindo conhecimento sobre o assunto, mas também me preparando para educar novos profissionais de forma humana, a fim de capacitá-los a reconhecer e acolher as mulheres que convivem com a violência.

Da mesma forma que essas mulheres me motivaram a buscar o Mestrado, meus estudos durante a Pós-Graduação modificaram a forma como vejo cada uma delas. Nunca duvidei da força que elas carregam, mas agora consigo perceber de forma mais sensível a luta diária de todas elas e posso me colocar como aliada de suas caminhadas.

Meu desejo com esse estudo sempre foi acrescentar algo ao conhecimento acerca das mulheres e suas histórias. Acredito ter alcançado meu objetivo e me orgulho do percurso que vivi.

Gratidão, sempre.

2. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo que retrata e influencia a dinâmica de uma sociedade, além de estar presente no processo humano desde eventos bíblicos (MINAYO, 2006). Na contemporaneidade, a violência está intrinsecamente relacionada às iniquidades sociais, que aprofundam as desigualdades e limitam o acesso do ser humano à sua noção de dignidade (WIEVIORKA, 2007).

A violência contra as mulheres (VCM) caracteriza-se como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 1996). A VCM é considerada uma violação dos Direitos Humanos ao retirar da mulher o seu direito à vida e à integridade física (BRASIL, 2011). Já a violência por parceiro íntimo (VPI) em mulheres pode ser entendida como a VCM que envolve as agressões praticadas por companheiro ou ex-companheiro, independentemente de coabitação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A VPI constitui um problema de Saúde Pública global, tendo alta prevalência em diferentes partes do mundo (GARCIA-MORENO et al., 2006).

Estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 2000 e 2005 entrevistou mais de 24.000 mulheres em dez países e revelou que a prevalência de VPI ao longo da vida varia de 15 a 71% (GARCIA-MORENO et al., 2006). Na América Latina e Caribe, estudo comparativo realizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em 12 países mostrou percentuais semelhantes, sendo que na Bolívia mais da metade das mulheres (53,3%) relatou ter sofrido VPI em algum momento da sua vida (BOTT et al., 2014). Para o Brasil, uma revisão sistemática com meta-análise realizada pela OPAS em 2019 concluiu que 16,7% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos sofreram VPI física e/ou sexual na vida e 3,1% no último ano (BOTT et al., 2019).

A VPI apresenta diversas consequências para as mulheres, sendo a mais grave a sua morte. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública mostrou que, em 2020, 3.913 mulheres sofreram homicídio, dos quais 1.350 foram registrados como feminicídios, o que perfaz uma média nacional de 34,5% do total de assassinatos de mulheres (BUENO; BOHNENBERGER; SOBRAL, 2021). Embora agressões e maus-tratos contra as mulheres possam levar a morte, seus efeitos mais comuns são aqueles não-fatais, que contribuem para aumentar a carga de morbidade (KRUG et al., 2002). Dentre as morbidades, destacam-se a depressão, dores crônicas, como cefaleia, dor abdominal e lombar, além de distúrbios alimentares e do sono, entre outras (KRUG et al., 2002). Estimativas mundiais apontam que um total de nove milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY, sigla em inglês) são perdidos todos os anos

como resultado da VPI (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020). Sabe-se que as agressões físicas são as que mais comumente levam as vítimas a procurar serviços de saúde (GARCIA et al., 2016; GARCIA; SILVA, 2018). Assim, os profissionais desses serviços precisam estar atentos a esse agravo, para prestar assistência adequada e auxiliar a mulher no enfrentamento ao ciclo de violência no qual ela pode se encontrar (ROSA et al., 2018).

Para além dos problemas com a saúde da mulher, a VPI gera grande pressão sobre os sistemas de saúde, justiça e serviços sociais e, cada vez mais, é identificada como um fator que corrói a economia dos países (MALTA et al., 2017). A VPI é responsável por elevar os gastos com sistema judiciário e assistência social, além de afetar a produtividade da mulher, diminuindo seus dias ativos no ano (CHAN; CHO, 2010). Além dos gastos diretos, a VPI produz gastos indiretos, como aqueles causados por outros problemas de saúde relacionados à violência, como depressão, abuso de álcool e outras drogas, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou gravidez indesejada, não sendo, por isso, possível calcular a real carga econômica da VPI (KRUG et al., 2002).

A VPI apresenta distribuição desigual na sociedade e se associa às iniquidades sociais, sendo que maiores prevalências de VPI são encontradas em países da América Latina com maiores índices de Gini (YAPP; PICKETT, 2019). Ademais, mulheres da raça negra e de baixa renda são sistematicamente mostradas como as maiores vítimas desse tipo de violência (YAKUBOVICH et al., 2018), o que contribui para a maior vulnerabilidade social delas. O fato de que a VPI também se associa a regiões com maior índice de homicídios masculinos (MENEGHEL et al., 2017) e que ambos agravos se relacionam à desigualdade socioeconômica (WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018) mostra que a Saúde Pública tem importante papel no esforço de compreender a complexa interação entre as desvantagens socioeconômicas e o processo saúde-doença.

Muito do que se sabe sobre a VPI em mulheres provém de pesquisas e estudos em diferentes grupos e amostras específicas que, muitas vezes, não têm representatividade nacional. A Saúde Pública e a Epidemiologia têm papel fundamental na construção desse conhecimento, seja por meio do desenvolvimento de pesquisas ou pela coleta sistemática de informações, que possibilitam a avaliação de dados sobre a magnitude, escopo, características e consequências da violência (MINAYO et al., 2018). Para a obtenção desses dados, os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) vêm sendo utilizados de forma crescente no Brasil e no mundo, uma vez que têm o potencial de produzir grande número de dados e estimar de forma mais precisa taxas em saúde (VIACAVA, 2002). No Brasil, destaca-se a Pesquisa Nacional de

Saúde (PNS), considerada o mais importante dos inquéritos de saúde brasileiro por ser a maior, mais completa e abrangente pesquisa de saúde já realizada no país. Essa pesquisa aborda, entre outras, questões acerca das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e é um instrumento de ampla utilização pelo Ministério da Saúde (MS) (STOPA et al., 2020). No contexto específico da violência, o inquérito que o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) realiza em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do país fornece informações sobre os eventos que resultam em atendimentos médico-hospitalares (SILVA et al., 2017). Assim, os dados sobre a VPI levantados por ambos os inquéritos servem como fonte para gerar evidências e guiar a construção de Programas e Políticas Públicas capazes de realmente levar a uma redução da violência.

No Brasil, a primeira política pública de saúde da mulher, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998), surgiu em meados dos anos 80. Nos últimos 40 anos, diversas outras políticas foram desenvolvidas, sempre com o apoio e protagonismo dos movimentos feministas. Nesse cenário, destaca-se a Lei Maria da Penha (LMP) (BRASIL, 2006), aprovada em 2006, e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, formulada em 2011 (BRASIL, 2011). Porém, o Brasil atravessa período de austeridade, com restrição de gastos governamentais e cortes em Programas e Políticas Públicas (MALTA et al., 2018), o que requer nova atenção para os agravos e os grupos vulneráveis, além da construção de Políticas Públicas que possam fazer frente à realidade dinâmica do país (MACHADO et al., 2019).

Considerando tudo que foi exposto, torna-se necessário entender a magnitude e as desigualdades na distribuição da VPI contra as mulheres no Brasil, para melhor compreender a associação entre as desigualdades sociais, as vulnerabilidades a que as mulheres estão expostas e esse agravo. Ainda, é necessário produzir dados passíveis de comparação com outros inquéritos brasileiros e internacionais, de forma a analisar criticamente o impacto de mudanças sociopolíticas na ocorrência de VPI. Essa ampliação do conhecimento é fundamental para a produção de estratégias de prevenção e enfrentamento desse tipo de violência, focando não apenas na vítima, mas também no seu agressor e preservando, assim, os direitos humanos das mulheres.

Assim, o presente estudo baseia-se nos seguintes questionamentos: a) qual a prevalência da VPI no Brasil? b) como se caracteriza a VPI contra mulheres adultas nos inquéritos de saúde do país? c) quais as principais associações entre as características dessas violências e os aspectos sociodemográficos das mulheres encontradas nesses inquéritos?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de violência por parceiro íntimo e os fatores associados em mulheres adultas em dois inquéritos epidemiológicos realizados no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a prevalência da VPI em mulheres adultas no Brasil;
- b) Investigar os fatores associados a VPI em mulheres adultas no Brasil;
- c) Caracterizar a vítima, a agressão e o provável agressor da violência física por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas atendidas nos serviços públicos de urgência e emergência do país;
- d) Identificar os perfis da violência física por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas atendidas nos serviços públicos de urgência e emergência do país.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A VIOLÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A violência constitui fenômeno multicausal travado ao nível das relações sociais e está presente em todas as regiões do mundo e nos diversos grupos sociais (MINAYO; SOUZA, 1993). Muitas vezes considerada componente cultural naturalizado, a violência associa-se a fatores ambientais, psicológicos, sociais e biológicos, além de sofrer influências políticas, econômicas e culturais construídas sob determinadas circunstâncias que levam a modificações das interações sociais (MINAYO; FRANCO, 2018). Dessa forma, a violência é um problema da sociedade que a produziu e pode afetar, em maior ou menor intensidade, as várias fases da vida e as mais variadas relações interpessoais (MINAYO; SOUZA, 1999).

No Brasil, a violência tem sua raiz na escravização de índios e negros, que trouxe ao país um legado de exclusão, pobreza, impunidade e corrupção (REICHENHEIM et al., 2011). Os valores culturais - escravocratas, aristocráticos e patriarcais - profundamente arraigados na sociedade brasileira são utilizados para justificar as várias expressões de violência nas relações subjetivas e interpessoais (REICHENHEIM et al., 2011). Assim, a violência no Brasil se assenta, em última análise, em uma estrutura social desigual e injusta (MINAYO; SOUZA, 1993).

Dois fortes motivos tornam a violência um assunto pertinente à área da saúde. Em primeiro lugar, a violência provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais, colocando grande pressão sobre o sistema de saúde e os serviços sociais (MINAYO; SOUZA, 1999). Apesar da dificuldade em precisar a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, a evidência disponível mostra que o custo se traduz em bilhões de dólares americanos, sendo que em 2019, esse custo representou 5,9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (IPEA; FBSP, 2019). O segundo motivo tem base na mudança de paradigmas da saúde que ocorreu no século passado, sendo que no conceito socioecológico, a saúde passa a ser entendida não apenas como a ausência de doenças, mas também como um equilíbrio físico, psicológico e social de um determinado grupo ou indivíduo (FERRAZ, 1998). Assim, qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência pode ser considerado um determinante da saúde e, por isso, faz parte do universo da Saúde Pública (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A violência é usualmente tipificada em três grupo: a violência coletiva, que se traduz nas violências estruturais, nos conflitos armados entre países ou grupos e na violência urbana; a violência auto infligida, que engloba o suicídio e as lesões autoprovocadas intencionais; e,

por último, a violência interpessoal, que pode ser comunitária ou intrafamiliar (BRASIL, 2005). A violência intrafamiliar é aquela que ocorre dentro de relações de afeto e é comumente representada pela violência contra as crianças, contra os idosos e contra o parceiro íntimo (LOPES, 2021). Por serem muitas vezes indissociáveis, deve-se pensar nos diversos tipos de violência como uma complexa teia, que produz consequências para a saúde e bem-estar da população (MINAYO; FRANCO, 2018).

Assim, todos os anos, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas por causas violentas mundialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Em 2019, as causas externas, que incluem os acidentes, as violências interpessoais e as autoprovocadas, foram consideradas a principal causa de morte nos grupos etários de cinco a 49 anos no Brasil (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020). Entre 2011 e 2019, mais de 500 mil pessoas foram vítimas de mortes violentas intencionais no país (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020) e, em 2012, o Brasil foi responsável por aproximadamente 10% de todos os homicídios do mundo, além de ter sido o país com maior número absoluto dessa forma de violência (WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018).

Porém, as mortes representam apenas uma pequena parte do problema. Agressões físicas e sexuais ocorrem todos os dias ao redor do mundo e no Brasil, e a maioria delas resultam em danos físicos e mentais. Os danos físicos incluem fraturas, lacerações e traumas cranianos, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidezes indesejadas como consequência de violência sexual, além de vários distúrbios da dor (KRUG et al., 2002). Os impactos na saúde mental incluem risco aumentado de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias psicoativas e comportamentos suicidas (MASCARENHAS et al., 2020).

Além das consequências físicas e de saúde mental, a violência apresenta-se como um obstáculo ao desenvolvimento do país, uma vez que gera uma série de efeitos negativos na economia, como menor taxa de participação no mercado de trabalho, menor produtividade laboral, maiores taxas de absenteísmo no trabalho e menores rendimentos, assim como - no nível macroeconômico - menores taxas de poupança e investimentos (BUVINIC; MORRISON, 1999). Assim, indivíduos vivendo em áreas desfavoráveis têm diferentes oportunidades de trabalho, menor acesso a políticas públicas e desvalorização de seu poder aquisitivo, o que leva à iniquidade social e à degradação do bem estar individual e comunitário, o que aumenta o índice de violência nesses locais (WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018). Cabe salientar que as regiões ricas não estão imunes a taxas elevadas de violência, uma vez que a pobreza por si só não é o real problema. Nesse sentido, destaca-se o fato de que países nórdicos, que

possuem os maiores PIB no mundo (INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2019), apresentam também maiores taxas de mortalidade por violência interpessoal que países africanos ou sul-americanos, como a Argélia e o Peru (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020), confirmando o caráter complexo e multidimensional da violência.

Os serviços de saúde sempre estiveram envolvidos na atenção às consequências das diferentes formas de violência, mas a legitimação do tema violência nas políticas e diretrizes do setor é recente (MINAYO; FRANCO, 2018), sendo que seu marco inicial data de 1996, quando a OMS reconheceu a violência como uma prioridade nos programas de saúde de todos os países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). No Brasil, a violência se tornou pauta oficial do setor saúde em 2001, quando o MS promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), que tem como algumas de suas diretrizes: a monitorização da ocorrência de acidentes e de violência, a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência, a capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2002). Ao longo dos anos, foram sendo criados outros órgãos e ações de enfrentamento às violências e prevenção de agravos. Em 2005, estruturou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o objetivo de conhecer a magnitude da violência e propor ações de prevenção e promoção da saúde, articulando a vigilância à rede de atenção e proteção (MINAYO et al., 2018).

A Saúde Pública não é capaz de dirigir todas as ações para evitar a violência, que deve ser tratada também no âmbito da justiça, da segurança pública e dos movimentos sociais. Porém, a inclusão da violência como um tema e objeto das políticas de saúde é fundamental para seu enfrentamento, uma vez que através de seus dados e entendimentos desenvolvidos por método científico pode resultar em uma resposta efetiva e global à violência (KRUG et al., 2002).

4.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA AS MULHERES

4.2.1 Conceitos e contextos

A violência que atinge os homens é visível e eles representam a maior parte das vítimas em todos os registros nacionais. No entanto, a VCM se mantém invisível, por ser tradicionalmente praticada no âmbito doméstico e por pessoas conhecidas, o que dificulta sua denúncia e mantém seus números subestimados (GARCIA, 2016). O fato de a mulher muitas vezes estar emocional e economicamente conectada ao seu agressor traz diferentes nuances para

a dinâmica do abuso e torna seu enfrentamento uma questão também sociológica, já que a VCM deve ser vista como uma das formas que a Violência de Gênero (VG) pode assumir.

A VG perpassa por uma construção cultural, baseada nas diferenças entre o sexo masculino e feminino, que parametriza valores, normas e modelos que homens e mulheres devem seguir dentro de uma sociedade nos diversos ciclos de vida (LISBOA et al., 2009). Essa violência não acontece apenas contra as mulheres, mas também contra crianças, adolescentes e outros homens (MOREIRA; CECCARELLI, 2016), uma vez que as diferenças de gênero não estão relacionadas às assimetrias biológicas entre macho e fêmea, mas antes são determinadas por leis, regras e simbologias criadas dentro do patriarcado, em que o papel de maior importância e, conseqüentemente, que confere maior poder, é o representado pelo homem adulto (GOMES; BALESTERO; ROSA, 2016).

O patriarcado é entendido como uma organização socioeconômica baseada no poder paterno, em que a mulher não é apenas dominada pelo homem, mas também explorada por ele (SAFFIOTI, 2001). Nessa organização, ao homem se reserva o papel de provedor e de potência decisória na participação pública/política da sociedade, enquanto a mulher tem seu papel circunscrito na esfera privada, devendo suprir as necessidades do homem e da prole (SANTOS et al., 2019).

A partir dessa divisão, entende-se as características comumente atribuídas aos diferentes gêneros. A masculinidade se baseia em noções de domínio, insensibilidade e honra, que leva à interpretação da violência como característica inerente aos homens (SANTOS; IZUMINO, 2005). Paralelamente, existe a construção do ideal de mulher, que deve ser obediente, cuidar da casa e dos filhos e se manter fiel ao parceiro (PEDRO; GUEDES, 2010). Nessa esteira, a suposta supremacia masculina legítima que os homens controlem a sexualidade, o corpo e a autonomia das mulheres e a VCM é uma forma de manter esse poder (BALBINOTTI, 2018).

Diversas sociedades consideram que, a fim de oprimir a mulher e reafirmar a hierarquia da relação, os homens possuem o direito de infringir punições físicas a suas parceiras e de manter relações sexuais contra a vontade delas (KRUG et al., 2002). Logo, dentro das relações íntimas, a VCM se traduz em VPI, que se refere a “todo e qualquer comportamento de violência cometido tanto na unidade doméstica, como em qualquer relação íntima de afeto, independentemente de coabitação” (MOREIRA; CECCARELLI, 2016).

Nesse contexto, qualquer estudo que vise analisar a VPI precisa considerar a construção cultural dos papéis e comportamentos esperados para homens e mulheres. No estudo das diversas formas de violência é utilizado um modelo ecológico, que prevê a interação dinâmica entre fatores de quatro níveis: individual, do microsistema ou relacional, da comunidade e, por

último, do macrossistema ou da sociedade (DAHLBERG; KRUG, 2007) (Figura 1). Esse modelo é também útil no estudo da VPI, pois auxilia na compreensão do caráter multidimensional dela (HEISE, 1998).



Figura 1: Níveis do modelo ecológico de conceituação da violência
(Figura adaptada pelas autoras)

No nível individual, que se refere a experiências pessoais que constroem a forma de relacionamento da pessoa com seu exterior e estressores, foi demonstrado que sofrer abuso na infância ou testemunhar abusos entre os pais pode levar a comportamentos agressivos por parte dos homens e a maior tolerância da violência por parte das mulheres, o que confere à VPI um caráter intergeracional e de aprendizado intrafamiliar (JEWKES, 2002).

O segundo nível constata que homens criados em lares patriarcais (isto é, com divisão marcada dos papéis de gênero) e que controlam as finanças familiares são mais propensos a se tornarem perpetradores de violência contra suas parceiras, que muitas vezes são impedidas de deixar o relacionamento pela impossibilidade de acessar o divórcio (HEISE, 1998). Ainda nesse nível, o consumo de álcool aparece como fator predisponente à VPI, atuando num processo de desinibição fisiológica, mas também como uma desculpa socialmente aceita para apresentar comportamentos violentos. Ademais, o consumo de álcool se associa a uma maior frequência de ocorrência de episódios violentos e pode levar a lesões mais graves nas mulheres (MASCARENHAS et al., 2020).

Ao nível de comunidade, encontra-se a contribuição do baixo nível socioeconômico para o aumento da VPI. Apesar de ainda não estar claro como a pobreza afeta a VPI, a teoria mais corrente propõe que seja por meio do aumento do nível de estresse individual e do casal,

que possui menores recursos para garantir sua sobrevivência e bem-estar. Além disso, a baixa renda incide diretamente na insatisfação do homem, que se percebe como não adequado aos padrões de masculinidade esperados pela sociedade e perpetra atos violentos contra sua parceira numa tentativa de recuperar um poder que lhe parece negado (JEWKES, 2002). No tocante à mulher, a pobreza parece estar relacionada a menor empoderamento e proteção social, levando a maior vulnerabilidade (DAMONTI; LEACHE, 2020).

Por último, no nível macrossistêmico, o fator sociológico que prevalece é a definição dos papéis sociais de gênero e masculinidade, já abordados anteriormente. O patriarcado e as ideologias de dominação masculina têm efeitos sobre as leis, políticas e sistemas e podem prejudicar as mulheres no acesso a recursos que auxiliem sua autonomia, sendo que países com maiores disparidades de gênero possuem maior prevalência de VPI (HEISE; KOTSADAM, 2015). Ainda, a sociedade desses países tendem a apresentar atitudes de maior tolerância à VPI, normalizando as agressões físicas de homens contra suas esposas dentro do casamento (TRAN; NGUYEN; FISHER, 2016).

4.2.2 Epidemiologia

A VPI é um problema de Saúde Pública mundial de escala epidêmica e seu enfrentamento foi declarado uma das prioridades da Agenda 2030 (UNITED NATIONS, 2015). Considerando apenas a violência física e sexual, a OMS realizou uma revisão sistemática de estudos de base populacional das diversas regiões mundiais e mostrou que aproximadamente 30% das mulheres acima de 15 anos de todo o mundo já foram vítimas de VPI, seja por parceiro atual ou anterior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, estudo de base populacional conduzido em 16 capitais entre 2002 e 2003 concluiu que a prevalência de agressões físicas moderadas e severas por parceiro íntimo foram de 21,5% e 12,9%, respectivamente (REICHENHEIM et al., 2006). Mais do que evento isolado na vida da mulher, os atos de violência física fazem parte de um padrão contínuo de abuso (GARCIA-MORENO et al., 2006). É interessante destacar que, especificamente no Brasil, aproximadamente 60% das mulheres vítimas de VPI relatam recorrência da violência física (SCHRAIBER et al., 2007). Para além das violências física e sexual, mulheres sofrem todos os dias com a violência psicológica, que inclui agressão verbal e abuso psicológico, entre outros, e permanece intangível para a maioria dos estudos.

Apesar de a violência ocorrer de uma forma ampla e afetar mulheres de diversos contextos, é inegável que a VPI se distribui de maneira desigual na nossa sociedade e que esse agravo também se relaciona às iniquidades em saúde e às vulnerabilidades sociais (COLL et

al., 2020). Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), entendidos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, têm impacto na distribuição dos atos violentos que ocorrem na sociedade brasileira (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Ademais, uma revisão sistemática realizada em 2018 mostrou que as iniquidades no acesso a saúde, educação e renda aumentam o índice de homicídio das cidades (WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018).

Assim, é imprescindível entender a VPI de uma perspectiva interseccional, em que gênero, raça e renda se relacionam de forma a tornar alguns grupos mais expostos a vivências violentas que outros (SOKOLOFF; DUPONT, 2005). No nosso país, sabe-se que a raça/cor da pele funciona como marcador de desvantagem social (ARAÚJO et al., 2009) e que pessoas da raça negra têm pior nível de saúde, educação e renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Sobre essa relação, Fox e colaboradores afirmaram que o fato de os negros se encontrarem costumeiramente em circunstâncias de iniquidade social é “um indicador do racismo estrutural persistente que está profundamente institucionalizado na cultura”¹ (FOX et al., 2002).

Nesse perspectiva, mulheres negras e pobres podem estar expostas a maior risco de violência e inclusive de episódios de violência mais graves (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Um estudo ecológico que utilizou o coeficiente médio padronizado da mortalidade feminina por agressão como marcador de feminicídio nos triênios de 2007-2009 e 2011-2013 concluiu que mulheres negras têm o dobro de chance de morrer por essa causa, em comparação com as mulheres brancas (MENEGHEL et al., 2017). Mais do que isso, a desigualdade de acesso a redes de proteção colocam essas mulheres em uma nova rota de violência, em que a falta de suporte social dificulta a quebra do ciclo de violência com o qual ela convive (BRASIL, 2011).

Outro ponto importante é que, apesar de as mulheres serem inegavelmente as maiores vítimas da VPI (MASCARENHAS et al., 2020), essa violência não é apenas unilateral e casais expostos a maiores estressores têm maior chance de incorrerem em atos violentos (JEWKES, 2002). Schraiber e colaboradores realizaram um estudo em dois serviços de atenção primária e mostraram uma prevalência de 10,2% de VPI contra os homens entrevistados, sendo a

¹ No original: The fact that it is Black men and Black women who encounter these life circumstance more so than Hispanics and Whites is an indicator of the persistent, structural racism that is deeply institutionalized in this culture.

psicológica a mais frequente (9,2%) (SCHRAIBER et al., 2012). No entanto, é importante salientar que, na maioria das vezes, a mulher se torna agressora em uma atitude de resposta a uma vivência violenta, em que ela pretende proteger a si mesma ou aos seus filhos (FANSLOW et al., 2015).

Estudos mostram que o parceiro íntimo agressor compartilha das mesmas desvantagens sociais que as mulheres, sendo em sua maioria homens adultos jovens, de baixa escolaridade e da raça negra (ALLY et al., 2016; MORAES et al., 2018). O estresse das desigualdades sociais vividas pelo casal aumenta as chances do uso da violência para a resolução de conflitos domésticos, além de a escolaridade estar diretamente relacionada ao acesso a recursos culturais que auxiliem na desconstrução de valores machistas e patriarcais (GEDRAT; SILVEIRA; ALMEIDA NETO, 2020). Nesse contexto, a violência psicológica é o subtipo mais presente no caráter bidirecional, evidenciando que muitas vezes esse subtipo de violência é culturalmente naturalizado e interpretado como estratégia de resolução de conflitos pelo casal (COLOSSI et al., 2015).

Destaca-se ainda que, apesar de os homens representarem os principais agressores na VPI contra as mulheres (GARCIA; SILVA, 2018), casais homoafetivos femininos também apresentam VPI (PINTO et al., 2020). Nesse caso, a violência está ligada à homofobia que essas mulheres internalizam a partir da vivência em sociedade e a VPI se torna uma forma de controlar a parceira e manter o relacionamento não-normativo em sigilo (SOKOLOFF; DUPONT, 2005). Além disso, o possível isolamento social e familiar seria um fator estressor e também um dificultador para que a mulher possa se desvencilhar da violência quando ela está presente na relação (MOREIRA; CECCARELLI, 2016).

4.2.3 Custos e impactos

Independentemente de suas características, toda mulher que sofre VPI está sujeita a impactos em sua saúde e qualidade de vida. A VPI é uma importante causa de morbidade e incapacidade, sendo reconhecida como determinante da saúde e bem estar femininos, além de aumentar o risco de morte prematura, não apenas diretamente, mas pelo desenvolvimento de agravos na saúde (SANDOVAL et al., 2020). Estima-se que, nos últimos 20 anos, aproximadamente 175 mil DALYs foram perdidos todos os anos como resultado da VPI no Brasil, além de mais de 80.000 anos potenciais de vida perdidos (YLL, sigla em inglês) entre as mulheres de 15 a 49 anos por esse fator de risco em 2019 (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020).

Mulheres que sofrem VPI podem apresentar lesões físicas agudas, como corte, hematoma e laceração (MORAES et al., 2018). Não obstante, somente 24% dos casos de VPI demandam cuidados médicos imediatos (SILVA; OLIVEIRA, 2015), o que contribui para a subnotificação dos casos, que permanecem silenciados dentro do lar (GARCIA, 2016). Diante disso, é necessário que os serviços de saúde estejam atentos aos sinais indiretos da VPI, uma vez que a recorrência da violência pode levar a distúrbios crônicos. Mulheres que convivem cronicamente com a violência podem apresentar agravos de saúde inespecíficos que não apresentam causa médica identificável, como cefaleia, dores abdominal e lombar, distúrbios do sono, fibromialgia e síndrome do intestino irritável (MINAYO; FRANCO, 2018), além de estarem mais propensas a desordens psiquiátricas, dentre elas, depressão, transtorno de ansiedade generalizado, síndrome do pânico, que levam a maior frequência de tentativas de autoextermínio (BOTT et al., 2014). Ademais, as mulheres vítimas de VPI podem apresentar hábitos de vida não saudáveis, como inatividade física, tabagismo, consumo abusivo de álcool (KRUG et al., 2002), além de serem muitas vezes forçadas a práticas de sexo inseguro – com conseqüente transmissão de infecções (LEITE et al., 2019). Assim, mulheres que sofrem VPI estão mais inclinadas a buscar serviços de saúde, mesmo que com demandas indiretas. Estudo americano longitudinal concluiu que o número de consultas das vítimas de VPI era de 14% a 21% maior que naquelas sem esse histórico, o que custou aos planos de saúde um gasto adicional de \$439 por mulher abusada (RIVARA et al., 2007). No Brasil, Schraiber, Barros e Castilho (2010) demonstraram que mulheres que convivem com VPI apresentam maior frequência de queixas psicoemocionais e que o padrão repetitivo da violência se associa a maior número de consultas na atenção primária.

Para além dos impactos diretos na saúde e no sistema de saúde, a VPI também afeta a qualidade de vida, a produtividade e a capacidade de convívio em comunidade de suas vítimas. Mulheres que convivem com parceiros violentos têm menor controle sobre seu planejamento familiar, seja pelo ato sexual forçado ou por possuir menor possibilidade de escolha e uso de métodos contraceptivos (KRUG et al., 2002). A VPI se relaciona também às atitudes controladoras do parceiro, que muitas vezes impede a saída da mulher de sua casa e mina as relações sociais dela com seus familiares ou com a comunidade (HEISE, 1998). Esse isolamento forçado é um dos fatores que levam à menor autonomia financeira da mulher, que pode sofrer sabotagens de seu companheiro na busca por atividade remunerada através de assédio em seu local de trabalho, negativa em cuidar dos filhos ou prover meios de locomoção até o serviço e mesmo agressões físicas premeditadas para causar marcas visíveis e, assim, constranger a mulher (GOODMAN et al., 2009). Outrossim, mulheres vítimas de VPI

apresentam maiores taxas de absenteísmo no trabalho, o que leva à instabilidade de empregos e aumenta a dependência da mulher ao seu agressor.

Diante do exposto, conclui-se que a VPI contra mulheres possui caráter instrumental, ou seja, é utilizada como forma de obtenção, pelo agressor, de controle sobre a mulher, seu contato com o mundo exterior e sua individualidade. Assim, o enfrentamento a esse fenômeno social tem que passar pelo entendimento de que apesar de atingir majoritariamente as mulheres, a VPI não é um problema delas, mas antes produto de uma sociedade patriarcal (DAMONTI; LEACHE, 2020) e que demanda políticas públicas focadas tanto nas mulheres quanto nos homens, a fim de contribuir para a mudança da cultura machista, ainda enraizada em nosso meio.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL

A saúde da mulher, por muito tempo, foi restrita às demandas relativas à gravidez e ao parto. Essa restrição pode ser percebida por meio das políticas de saúde brasileiras vigentes nas décadas de 1930, 1950 e 1970. Essas políticas traduziam essa visão, preconizando apenas ações materno-infantis, sem integralidade do cuidado à mulher (BRASIL, 2004).

A introdução do tema da VCM na agenda da área da saúde brasileira foi protagonizada pelos movimentos feministas a partir da década de 1980 e a construção do PAISM em 1984 foi um marco dessa atuação (MINAYO, 2007). O PAISM foi elaborado pelo MS com a colaboração de sanitaristas, pesquisadoras e feministas e tornou-se um documento histórico, ao marcar uma ruptura conceitual com a noção de Saúde da Mulher que vigorava até aquele momento. Esse programa englobava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação em atenção à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida e viabilizou discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, dando espaço para uma reflexão sobre a VCM (BRASIL, 2004; MINAYO, 2007; OSIS, 1998). Ainda nesse contexto, os movimentos de mulheres garantiram que a igualdade entre os sexos estivesse na redação da Constituição de 1988, juntamente com a obrigação do Estado de coibir a violência nas relações familiares (GOMES et al., 2009).

Ainda na década de 1980, entrou em vigor a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW, sigla em inglês), adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979 e ratificada em sua completude pelo Brasil em 1994 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1979). Considerada Carta Magna dos Direitos das Mulheres, a CEDAW foi o primeiro tratado internacional que dispunha sobre os direitos das mulheres, visando promover a igualdade entre

gêneros e reprimir qualquer forma de discriminação contra as mulheres, além de estabelecer uma agenda para que os Estados membros implementassem tais direitos (OLIVEIRA; TERESI, 2017; PIMENTEL, 2006).

A década de 1990 introduziu diversos instrumentos de proteção aos direitos das mulheres, assim como compromissos internacionais para o enfrentamento à VCM, como a Conferência de Viena em 1993 (ALVES, 1994) e de Pequim em 1995 (VIOTTI, 2006). Destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, promovida pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA). Essa convenção formalizou a definição da VCM como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado” (BRASIL, 1996), além de incitar os países signatários a investigar as violações dos direitos das mulheres, responsabilizando e punindo seus violadores (GOMES et al., 2009).

Apesar de ter ratificado vários desses instrumentos, a VCM continuava sendo sistematicamente relevada pelas instituições jurídicas e pela sociedade civil brasileiras. O caso símbolo desse desprezo aconteceu com Maria da Penha Maia Fernandes, que buscou reparação internacional após 15 anos de impunidade de seu ex-marido, que havia tentado matá-la duas vezes em 1983, deixando-a paraplégica decorrente de um tiro em sua coluna. Após petição apresentada na OEA em 1998, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos condenou o Brasil, em 2001, a pagar indenização à vítima devido à negligência e omissão ao enfrentamento da VPI (GOMES et al., 2009). Além disso, a comissão recomendou que o país criasse políticas públicas para inibir agressões doméstica contra as mulheres.

Pouco depois disso, em janeiro de 2003, a Presidência da República criou a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma atualização do PAISM. Essa política trouxe como um de seus objetivos específicos “organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica” (BRASIL, 2004). No ano seguinte, em 2004, foi regulamentada e normatizada a Lei nº 10.778/03, que tornou compulsória a notificação de casos de VCM atendidas em serviços de saúde públicos ou privados do país (PINTO et al., 2017).

Em 2006, foi promulgada a Lei nº 11.340/06, comumente chamada de Lei Maria da Penha (LMP) (BRASIL, 2006). Essa lei é uma reconhecida conquista dos movimentos feministas, resultada de proposta de Lei apresentada à Bancada Feminista do Congresso em 2003 por um consórcio de Organizações Não-Governamentais (ONGs) feministas e entregue em 2004 à SPM. Sancionada em 07 de agosto de 2006, a LMP trata nomeadamente da violência

doméstica e familiar e apresenta em seu primeiro artigo “mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher”, além de institucionalizar serviços protetivos às mulheres em situação de risco (MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

O texto da LMP apropria-se do conceito de violência doméstica pronunciada na Convenção de Belém do Pará e reconhece os diversos tipos de violência, dentre os quais destacam-se: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Dessa forma, a LMP explicita o entendimento de que a violência doméstica e familiar vai além das agressões físicas, causando também danos psíquicos, emocionais, materiais, à honra e à imagem da mulher (GOMES et al., 2009). Essa Lei visa ainda garantir os direitos humanos das mulheres, assegurando a elas uma vida digna e segura, livre de violência, e resguardando-as de “toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 2006, Art.3º § 1º).

Especificamente, a LMP respalda uma maior penalização ao agressor da violência doméstica, com a previsão de prisão em flagrante delito, proibição de penas alternativas e qualificação do crime contra a mulher. Estabelece, ainda, a criação de um conjunto de serviços especializados, que visa a integralidade da atenção à mulher em situação de violência e concede medidas de proteção à integridade física das mulheres através de medidas de urgência para preservar sua vida. Por último, previne a reprodução social de atos violentos, ao possibilitar a obrigatoriedade de agressores frequentarem programas de recuperação e reeducação (SANTOS; MEDEIROS, 2008).

Ainda em 2006, o governo federal publicou o primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que teve como base as propostas elaboradas na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2006). Em um de seus capítulos, o PNPM prevê o enfrentamento à VCM (BRASIL, 2013). Em 2007, foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, uma estratégia de descentralização das políticas públicas referentes à temática para integração dos três níveis de governo e capilarização das ações de enfrentamento da violência (BRASIL, 2011).

Em 2011, criou-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. A política estabeleceu conceitos, princípios, diretrizes e ações, com o objetivo de “enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno” (BRASIL, 2011). Essa política requer ação conjunta de diversos setores para a implementação de políticas amplas e articuladas, que se baseiam em quatro eixos estruturantes: prevenção, combate, assistência e garantia de direitos (BRASIL, 2011). Por último, é válido lembrar que a política orienta ainda avaliação sistemática e acompanhamento das iniciativas, de forma a monitorar a execução dos quatro eixos (BRASIL, 2011).

Ao considerar o eixo da prevenção, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres orienta ações educativas e campanhas que ressaltam a igualdade entre homens e mulheres, assim como mudanças nos valores culturais de silêncio e tolerância frente à VCM, visando modificar padrões sexistas da sociedade (BRASIL, 2011). Na dimensão denominada combate, são previstas ações que facilitem a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, garantindo a implementação e o cumprimento da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2011). No que tange a garantia de direitos humanos, deve-se implementar iniciativas de empoderamento e acesso à justiça pela mulher, cumprindo-se, assim, as recomendações dos tratados internacionais (BRASIL, 2011). No âmbito da assistência, essa política visa a formação continuada de recursos humanos, criação de serviços especializados e constituição de uma Rede de Atendimento que ajude no atendimento humanizado e qualificado das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

A criação de uma Rede de Atendimento considera que, na busca por resposta e apoio do Estado, muitas vezes as mulheres em situação de violência percorrem um caminho sinuoso, com trajetórias em círculos que resultam em desgaste emocional, aumentando a chance de revitimização (BRASIL, 2011). Assim, essa Rede pressupõe um trabalho articulado entre instituições governamentais, não-governamentais e da comunidade para que as portas de entrada do sistema, como as delegacias, os serviços de saúde e os de assistência social, possam identificar e encaminhar as mulheres de forma adequada, buscando a resolutividade em caráter multidimensional do problema (BRASIL, 2011).

Em 2013, foram estabelecidas diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual por profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (BRASIL, 2013). Além disso, tornou-se obrigatório o atendimento integral a essas vítimas em todos os hospitais integrantes da rede do SUS (BRASIL, 2013b). Mais recentemente, em 2015, foi promulgada a Lei nº 13.104/15, a Lei do Feminicídio (BRASIL, 2015). Essa Lei torna o homicídio da mulher em decorrência da violência doméstica e da misoginia um crime qualificado (BRASIL, 2015). Assim, ao nomear as mortes violentas de mulheres, o governo tem a expectativa de sensibilizar a sociedade sobre sua ocorrência e permanência e estimular a adoção de estratégias e políticas de promoção dos direitos das mulheres (ONU MULHERES, 2016).

Os investimentos para a prevenção da VCM são indispensáveis. No entanto, as crises política, econômica e social que se instalaram no país em 2015 e as medidas de austeridade inauguradas pela Emenda Constitucional 95 (EC95) em 2016, limitaram os gastos públicos (MALTA et al., 2018). A EC95 tem contribuído para o desmonte e o retrocesso nas políticas

de saúde e de proteção social para a população brasileira, além de atingir de forma desigual os grupos em situação de vulnerabilidade, prejudicando o controle de determinantes da saúde que impactam negativamente na saúde e na ocorrência de VCM, como o consumo abusivo de álcool (MALTA et al., 2018; MASSUDA; TITTON; MOYSÉS, 2019; RASELLA et al., 2018).

Em revisão sistemática publicada em 2016, concluiu-se que as crises econômicas podem acirrar problemas sociais e piorar a situação de saúde da população e que as medidas de austeridade fiscal podem agravar os efeitos dessa crise (VIEIRA, 2016). Um estudo sobre as tendências de mortalidade por causas externas no Brasil realizado em 2019 encontrou aumento da taxa de suicídios e homicídios nos anos posteriores ao início da crise econômica e das políticas de austeridade no país, sendo que os municípios com piores Índices de Desenvolvimento Humanos (IDH) foram os que apresentaram maior crescimento desses agravos (MACHADO et al., 2019). Ressalta-se que a limitação dos gastos sociais aprofunda as desigualdades, pois famílias mais pobres são mais dependentes dos programas de transferência de renda do governo, e, assim, os arranjos familiares compostos por mulheres com filhos são os mais afetados por essa política de austeridade (OXFAM BRASIL, 2018).

Os desmontes das políticas públicas afetam ainda os progressos em relação à luta pela igualdade de gênero. Os cortes no financiamento do Programa Bolsa Família, por exemplo, atingem mais fortemente as mulheres, que representam cerca de 93% do total de beneficiários, e diminui a autonomia delas (SUDRÉ, 2020). Vale lembrar que as mulheres se ocupam por mais tempo com trabalhos não remunerados, como o cuidado doméstico e de familiares (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a), o que prejudica o acesso ao mercado de trabalho e a outras formas de rendimento. A reforma trabalhista de 2017 também prejudicou de forma desigual as mulheres, que representavam, em 2019, 53,5% da população subocupada e aproximadamente 92,0% dos trabalhadores em serviços domésticos, setor com maior concentração de pessoas em ocupações informais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b). Não menos importante, a Reforma da Previdência de 2019 exigirá maior sacrifício das mulheres, que tiveram sua idade mínima para aposentadoria elevada em dois anos, o que não ocorreu para os homens (DIEESE, 2019).

Especificamente no que tange a VCM e a VPI, a SPM foi esvaziada, com a redução de seu orçamento em mais de 95% em quatro anos e houve recuo dos repasses destinados ao atendimento de mulheres em situação de violência de R\$34,7 milhões para R\$194,7 mil no mesmo período (GOVERNO..., 2020). Em 2019, o programa “Casa da Mulher Brasileira”, que visa integrar em um mesmo local os atendimentos jurídico e assistencial das mulheres em

situação de violência (MENICUCCI, 2014), não recebeu nenhum investimento (GOVERNO..., 2020). No atual governo, o discurso conservador legitima o domínio masculino sobre a mulher (BARBIÉRI, 2019) e encobre o machismo estrutural, palpável no posicionamento oficial contrário ao aborto em qualquer circunstância (CAZARRÉ, 2019), inclusive com tentativa de impedimento de atendimento a vítimas de estupro (VILA-NOVA, 2020). Ademais, as medidas para facilitar o acesso às armas colocam em risco a vida das mulheres em situação de violência, sendo que o aumento nos índices de feminicídio já são realidade no país (SUDRÉ, 2020).

Nesse cenário, investigar a VPI torna-se ainda mais desafiador e imprescindível. O presente estudo pode, então, permitir a construção de uma linha de base para monitorar o retrocesso e as mudanças ocorridas na sociedade em função do posicionamento conservador e da restrição de direitos aqui apresentadas.

4.4 INQUÉRITOS NACIONAIS DE SAÚDE (INS)

Os INS estão presentes nos países desenvolvidos desde a década de 1960, sendo que no Brasil, foram adotados em 1967. Eles são instrumentos de medida de um grande número de dados relacionados à saúde (VIACAVA, 2002). A coleta sistemática de informações ajuda a correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições socioambientais da população, permitindo a descrição e a quantificação das iniquidades em saúde, tanto relacionadas à ocorrência de doenças quanto à exposição a riscos (MALTA et al., 2008). Assim, os INS permitem a construção de indicadores de saúde e seus determinantes, de acesso aos serviços de saúde e dos aspectos sociodemográficos da população, sendo imprescindíveis para a formulação e avaliação de políticas públicas que visem alcançar maior equidade social em um país (STOPA et al., 2020).

Nesse contexto, o presente estudo utilizou dois inquéritos de saúde realizados no Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a pesquisa do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito). Ambos os inquéritos são importantes fontes de dados, além de capazes de gerar evidências para a construção de Programas e Políticas Públicas para redução da violência. A seguir, apresenta-se um breve histórico e as principais características desses dois inquéritos.

4.4.1 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Desde 1967, acontece no Brasil a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD). A PNAD é um inquérito periódico nacional de base populacional que produz informações sobre características demográficas e de habitação, educação, trabalho e

rendimentos da população brasileira (MALTA et al., 2008). Nessa pesquisa foi incluído, nos anos de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008, um suplemento sobre a saúde dos indivíduos pesquisados (MALTA et al., 2008; VIACAVA, 2002).

Porém, tornou-se cada vez mais patente a necessidade de acumular informações amplas e ao mesmo tempo precisas sobre a saúde da população brasileira, a fim de auxiliar na formulação de políticas de promoção, vigilância e assistência à saúde (VIACAVA, 2002). Assim, em 2007, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) recomendou o desenvolvimento de uma pesquisa de âmbito nacional de saúde e de base populacional, projeto realizado pelo MS em 2011 com a colaboração de diversas secretarias, entre elas, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), além da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) (STOPA et al., 2020).

Nesse contexto, foi criada a PNS, inquérito de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território (SZWARCOWALD et al., 2014). A primeira edição da PNS foi a campo em 2013, resultante da parceria entre o MS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS se apoia em três eixos: as condições de saúde e estilo de vida da população; a vigilância de doenças e agravos de saúde e seus fatores de risco associados; e o desempenho do sistema nacional de saúde (SZWARCOWALD et al., 2014). Foram inseridos ainda temas prioritários, como saúde da criança, da mulher e do idoso, além de acidentes e violências.

A PNS foi planejada para ocorrer a cada cinco anos, porém, devido a questões de delineamento e execução, a segunda edição da pesquisa foi a campo apenas no ano de 2019. A coleta de informações da PNS ocorre por meio de questionários estruturados e previamente testados, aplicados por entrevistadores treinados em domicílios amostrados e com consentimento prévio de seus participantes. Em 2013, a população-alvo constituiu-se de indivíduos de 18 anos ou mais de idade e em 2019, incluiu indivíduos desde os 15 anos.

A PNS possibilita a estimação de indicadores em níveis de desagregação estadual e metropolitano, permite a comparabilidade dos indicadores de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, além de aprofundar as questões sobre morbidades e hábitos de vida. O seu objetivo principal é dotar os gestores do país de informações capazes de ajudar na elaboração de políticas públicas de alcance nacional, fornecendo dados que caracterizam a saúde e o estilo de vida do brasileiro, bem como do acesso a ações preventivas, continuidade dos cuidados e financiamento da assistência (STOPA et al., 2020; SZWARCOWALD et al., 2014).

4.4.2 Viva Inquérito

Por muito tempo, a vigilância epidemiológica das violências e dos acidentes no Brasil era feita por meio da análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Apesar de constituírem importante ferramenta para a construção do conhecimento acerca desses agravos à saúde, esses dois sistemas têm a limitação de descrever somente casos violentos graves, cujo desfecho seja óbito ou internação hospitalar, além de captar exclusivamente informações das vítimas (BRASIL, 2009). No intuito de detalhar e conhecer a magnitude de todos os casos de violência e prover informações para a adoção de medidas de prevenção e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento desses agravos, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) lançou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (SILVA et al., 2007). Esse sistema está estruturado em dois componentes: 1) VIVA Contínuo, que consiste na notificação universal e contínua de violências interpessoais e autoprovocadas, realizada nos serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas em situação de violência; e 2) VIVA Inquérito, vigilância sentinela de violências e acidentes realizada através de pesquisas periódicas realizadas em serviços públicos de urgência e emergência (BRASIL, 2009). O VIVA é uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves, além de possuir potencial para captar a violência doméstica e sexual, a violência autoprovocada, o trabalho infantil, a violência psicológica/moral e a negligência/abandono, bem como informações sobre os perpetradores das violências (SILVA et al., 2017).

Inicialmente, a ideia era que o inquérito ocorresse anualmente, sendo depois passado para de três em três anos. A primeira edição do VIVA Inquérito foi realizada em 2006, e depois em 2007, 2009, 2011, 2014, sendo que sua última edição aconteceu em 2017. A pesquisa foi desenhada para ser realizada nas capitais dos estados, Distrito Federal e em alguns municípios, com seleção de serviços de urgência e emergência vinculados ao SUS que sejam referência para o atendimento às causas externas no município, conhecidos como serviços sentinelas (BRASIL, 2019). Os dados do inquérito são coletados durante um mês do ano, tendo como população de estudo as pessoas vítimas de violências e acidentes atendidas nesses serviços (SILVA et al., 2017). Cabe lembrar que nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme legislação (BRASIL, 2017).

As informações da pesquisa são colhidas por entrevistadores treinados por meio de formulário padronizado e referidas pelos pacientes ou acompanhantes e por meio dos prontuários médicos. A amostra do VIVA Inquérito é realizada por amostragem probabilística e, portanto, não se trata de amostra de base populacional. Assim, o VIVA Inquérito não gera

medidas de ocorrência e não dá margem a generalizações no âmbito nacional (BRASIL, 2019). Porém, devido ao grande número de unidades sentinelas participantes da pesquisa e ao fato de que aproximadamente três quartos da população brasileira é usuária exclusiva do SUS, essa pesquisa traz como vantagem a capacidade de descrever as características da ocorrência das violências e acidentes e também da vítima e do(a) provável autor(a) no caso das agressões (SILVA et al., 2017).

Nesse cenário, a implantação da vigilância epidemiológica do Sistema VIVA tem como finalidade estabelecer a dimensão e o perfil de todos os tipos de violência e acidentes ocorridos no país. Esses agravos acarretam inúmeros impactos à vida da população, além de aumentar a demanda nas unidades de urgência e emergência do país. Dessa forma, ressalta-se que esse inquérito pode apoiar a formulação de políticas de saúde, com melhor distribuição dos recursos e melhor organização dos serviços em relação à promoção de saúde e proteção de vítimas de violência e acidentes (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2017) .

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico do tipo transversal, com abordagem quantitativa e caráter exploratório. Foram utilizadas as informações de dois inquéritos de saúde, conforme descrito a seguir.

5.2 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

5.2.1 Amostra e coleta dados

A população-alvo da PNS 2019 são os indivíduos de 15 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes. Cabe salientar que algumas questões, como o módulo de violência, foram respondidas apenas pelos entrevistados com 18 anos ou mais (STOPA et al., 2020).

A amostra da PNS é uma subamostra da Amostra Mestra da PNAD. A estratégia de amostragem consistiu-se em um plano por conglomerados em três estágios de seleção:

- a) 1º estágio: seleção por amostragem aleatória simples das Unidades Primárias de Amostragem (UPA) (setores censitários ou composição de setores), mantendo a estratificação da Amostra Mestra da PNAD;
- b) 2º estágio: seleção por amostragem aleatória simples de domicílios do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos em cada UPA selecionada no primeiro estágio;
- c) 3º estágio: seleção com equiprobabilidade de um morador com 15 anos ou mais de idade, com base na lista de moradores elegíveis construída no momento da entrevista, para responder à entrevista individual (STOPA et al., 2020).

O tamanho da amostra de cada UPA foi definido levando em consideração os seguintes aspectos: estimação de proporções com nível de precisão desejado em intervalos de 95% de confiança; efeito do plano de amostragem, por se tratar de amostragem por conglomeração em múltiplos estágios; número de domicílios selecionados por UPA; e proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse (STOPA et al., 2020). A amostra prevista da PNS 2019 foi de 108.525 domicílios, sendo que os dados foram coletados em 94.114 domicílios.

A coleta de dados da PNS 2019 ocorreu entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020, após treinamento dos coordenadores, supervisores e agentes de coleta, todos eles funcionários do quadro do IBGE. As entrevistas foram realizadas com a utilização de dispositivos móveis de coleta.

O questionário da PNS foi dividido em três partes: 1) Questionário domiciliar, com intuito de colher informações sobre o domicílio e visitas domiciliares realizadas por agentes de endemias e equipe de Saúde da Família; 2) o segundo com informações de todos os moradores do domicílio e 3) Questionário individual, respondido pelo morador sorteado aleatoriamente, que tratava de informações sobre trabalho e apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida, atendimentos em saúde, além de uma gama de doenças e fatores relacionados à saúde. Destaca-se que para uma subamostra dos moradores selecionados, foi realizada ainda a medida de dados antropométricos (STOPA et al., 2020).

A base de dados da PNS 2019 encontra-se disponível para acesso e uso público, sendo obtida no repositório da PNS (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>).

Para o presente estudo, a amostra foi composta por mulheres entre 18 e 59 anos de idade que responderam ao módulo de violência, totalizando 34.334 mulheres.

5.2.2 Variáveis do estudo

5.2.2.1 Variável desfecho

A variável desfecho do estudo, VPI contra mulheres, foi construída a partir das perguntas do módulo de violência (V) relativas as violências psicológica, física e sexual, respectivamente:

- V2: Nos últimos doze meses, alguém: a) te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?; b) gritou com você ou te xingou?; c) usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?; d) ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?; e) destruir alguma coisa sua de propósito?;
- V14: nos últimos doze meses, alguém: a) te deu um tapa ou uma bofetada?; b) te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?; c) te deu um soco, chute ou arrastou pelo cabelo?; d) tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?; e) te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?;
- V27: nos últimos doze meses, alguém: a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?; b) te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

Foi considerada VPI quando a mulher respondeu “sim” para qualquer das alternativas acima e se a violência foi perpetrada por:

1. Cônjuge ou companheiro(a);

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

5.2.2.2 Variáveis explicativas

As seguintes variáveis sociodemográficas foram selecionadas para esse estudo:

- Faixa etária: 18 a 24 anos; 25 a 39 anos e 40 a 59 anos;
- Escolaridade: sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; e superior;
- Raça/Cor da pele: branca, preta e parda;
- Região de residência: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste;
- Renda: até um salário-mínimo; mais de um a três salários-mínimos; mais de três a cinco salários-mínimos; e acima de cinco salários-mínimos.

Ressalta-se que as raças/cores da pele amarela e indígena estão contidas no total, porém o IBGE não divulga esses dados de forma discriminada, em função do pequeno número de observações e elevado coeficiente de variação (STOPA et al., 2020).

5.2.3 Análise estatística

Para a análise descritiva dos dados, calculou-se as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) da VPI para o total e segundo as características sociodemográficas.

Para avaliar os potenciais fatores associados a VPI, estimou-se as razões de prevalência (RP) e seus respectivos IC95% utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Em primeiro lugar, performou-se análises bivariadas entre a VPI (desfecho) e cada variável sociodemográfica (explicativa), sendo estimadas as RP brutas (RPb). Na sequência, realizou-se o modelo multivariado para cálculo das RP ajustadas (RPa), em que as variáveis explicativas com pelo menos uma categoria apresentando valor $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo gradativamente. O modelo final foi considerado ao nível de significância de 5%.

Por se tratar de desenho amostral complexo, a PNS possui uma definição prévia de pesos amostrais para domicílios e para os moradores selecionados. O peso final utilizado é o produto do inverso das expressões de chance de seleção de cada estágio da amostra e compreende a correção de não respostas e ajustes dos totais populacionais (STOPA et al., 2020). No momento da análise, os efeitos da estratificação e da conglomeração foram utilizados, além de ter se

considerado UPA, estrato e peso como variáveis de delineamento da amostra, a fim de tornar as estimativas representativas da população estudada.

Utilizou-se o *Software for Statistics and Data Science (StataCorp LP, CollegeStation, Texas, United States)*, versão 14.0, para análise dos dados por meio do módulo *survey*, que considera os efeitos do plano amostral.

5.3 VIVA INQUÉRITO 2017

5.3.1 Amostra e coleta de dados

A população do estudo do VIVA Inquérito é composta pelas vítimas de violências e acidentes que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência selecionados para a pesquisa.

A seleção dos serviços de saúde que receberam o VIVA Inquérito 2017 foi realizada com base em dois critérios: (i) prestar serviço de urgência e emergência; e (ii) ser considerado serviço de referência para atendimento de causas externas no município (BRASIL, 2019). O inquérito foi realizado em 90 estabelecimentos localizados em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal e em 31 estabelecimentos de 13 municípios selecionados, a saber: Ananindeua (Pará), Araguaína (Tocantins), Arapiraca (Alagoas), Guarulhos (São Paulo), Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco), Montes Claros (Minas Gerais), Olinda (Pernambuco), Santo André (São Paulo), São José do Rio Preto (São Paulo), São José dos Campos (São Paulo), Serra (Espírito Santo), Sobral (Ceará) e Vila Velha (Espírito Santo). Destaca-se que as capitais Florianópolis (Santa Catarina), Macapá (Amapá) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) não participaram do inquérito devido a questões locais relacionadas a aspectos técnico-operacionais e de gestão (BRASIL, 2019).

Após a seleção dos estabelecimentos participantes, realizou-se o processo de amostragem probabilística das UPA (turnos de 12 horas) por conglomerados, em único estágio de seleção, estratificado pelo tipo de estabelecimento (unidade de pronto-atendimento, hospital e serviço especializado). Para efeito de sorteio de turnos, considerou-se o período de 30 dias contínuos, dividido em dois turnos (diurno e noturno), totalizando 60 turnos para a coleta. Todos os atendimentos por causas externas do turno sorteado foram incluídos na amostra (BRASIL, 2019).

A amostra do VIVA Inquérito 2017 foi calculada considerando-se o número de atendimentos por causas externas nos serviços no mês de setembro de 2016, ano anterior à realização da pesquisa. Para a definição do tamanho da amostra, considerou-se o critério de precisão para as estimativas de prevalências fixadas para estudos transversais, sendo o

coeficiente de variação <30,0%, erro padrão <3 e efeito de delineamento (deff) igual a dois, a fim de garantir a precisão das estimativas obtidas em inquéritos que envolvem planos complexos de amostragem. Assim, o tamanho amostral mínimo foi de 1.500 atendimentos nos municípios do interior e de 2.000 atendimentos nas capitais dos estados ou Distrito Federal. Nos municípios que tiveram número de atendimento no ano anterior menor que o tamanho da amostra, foi realizada a coleta de dados em todos os 60 turnos do mês da pesquisa (BRASIL, 2019).

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2017 por meio de entrevistas e dos prontuários médicos, com o auxílio de formulário padronizado. As entrevistas foram realizadas por acadêmicos e profissionais da área de saúde previamente treinados, sob supervisão de técnicos das secretarias de saúde dos municípios participantes da pesquisa. Os profissionais dos serviços de urgência e emergência selecionados também receberam treinamento para coordenar o inquérito e a coleta de dados localmente. As entrevistas foram conduzidas com os pacientes e, quando a condição clínica da vítima não permitia, foram realizadas com o acompanhante (BRASIL, 2019).

O total de participantes entrevistados pelo VIVA Inquérito em 2017 foi de 48.532, incluindo acidentes e violências em todas as faixas etárias. Houve o atendimento de 4.289 violências, tanto interpessoais como autoprovocadas, sendo que, desses atendimentos, 3.454 foram relativos às agressões interpessoais do tipo violência física (BRASIL, 2019).

Para o presente estudo, foram incluídas todas as mulheres entre 18 e 59 anos atendidas nos estabelecimentos participantes devido a agressão física por um parceiro íntimo. Ao se considerar o sexo do agressor, foi excluída da amostra uma ocorrência de “ambos os sexos”, uma vez que conceitualmente a VPI está relacionada a apenas um agressor, totalizando 276 mulheres (Figura 2).

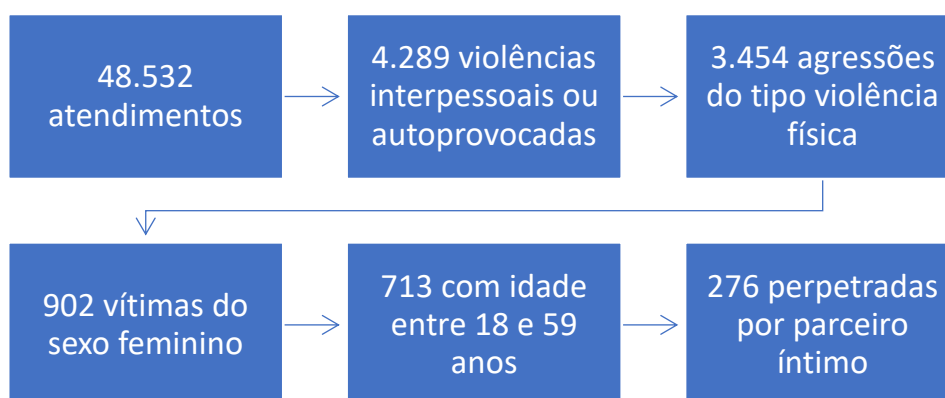


Figura 2: Fluxograma dos atendimentos registrados no VIVA Inquérito 2017.

(Figura elaborada pelas autoras)

5.3.2 Variáveis do estudo

5.3.2.1 Características da vítima

- Faixa etária: 18 a 24 anos, 25 a 39 anos e 40 a 59 anos;
- Escolaridade: até oito anos de estudo, nove ou mais anos de estudo e ignorado;
- Raça/Cor da pele: branca, negra (preta ou parda), outras (amarela ou indígena) e ignorado;
- Consumo de álcool até seis horas antes da agressão: sim, não e ignorado;
- Atividade remunerada: sim, não e ignorado.

5.3.2.2 Características da agressão

- Local de ocorrência: residência (residência ou habitação coletiva), via pública, outros (escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústria/construção e outro) e ignorado;
- Meio da agressão: força física, armas (objeto perfurocortante e arma de fogo), objeto contundente, outros (ameaça, substância/objeto quente/corrente elétrica, envenenamento e outro) e ignorado;
- Parte do corpo atingida: região da cabeça (boca/dentes, outra região da cabeça/face e pescoço), tórax (coluna/medula, tórax/dorso, abdome/quadril), membros superiores, membros inferiores, múltiplos órgãos e ignorado;
- Tipo de lesão: sem lesão, contusão (contusão e entorse/luxação), corte (corte/laceração), trauma (fratura, amputação, traumatismo dentário, traumatismo cranioencefálico e politraumatismo), outros (intoxicação, queimadura e outra) e ignorado;
- Gravidade da lesão: definida a partir da evolução do caso como leve (se alta ou evasão/fuga), grave (internação hospitalar, encaminhamento para outros serviços ou óbito) e ignorado.

5.3.2.3 Características do agressor

- Sexo: masculino, feminino e ignorado;
- Consumo de álcool pelo agressor: sim, não e ignorado.

5.3.3 Análise estatística

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva características da vítima, da agressão e do provável agressor por meio da frequência ponderada (%), bem como seus respectivos IC95%.

Os dados faltantes (“missing”) de cada variável foram incluídos na categoria “ignorado” da mesma variável.

Para identificar a associação das características estudadas, realizou-se a análise de correspondência simples (ACS), considerando-se as características sociodemográficas da mulher (faixa etária, escolaridade e raça/cor da pele) como variáveis coluna e as características da vítima, da violência e do agressor como variáveis linha.

A ACS é uma técnica estatística multivariada exploratória adequada para a análise de múltiplas variáveis categóricas e útil para se conhecer os perfis do objeto estudado e, posteriormente, construir hipóteses acerca desse objeto (INFANTOSI; COSTA; DE ALMEIDA, 2014). Dessa forma, a ACS é adequada para a avaliação de um grande número de respostas categóricas de um mesmo grupo de objetos de estudo, ajudando a entender o conjunto de dados obtidos de forma global e a relação das diferentes respostas (GREENACRE, 1992).

Um aspecto importante da ACS é que essa é uma técnica exploratória, que não procura provar uma hipótese, mas antes permitir aos pesquisadores o conhecimento dos perfis do objeto estudado, contribuindo, assim, para a construção de hipóteses que poderão ser testadas posteriormente (GREENACRE, 1992).

Para a ACS do VIVA Inquérito, foram selecionadas todas as variáveis descritas. Dessa forma, foram incluídas na análise as seguintes variáveis: a) características sociodemográficas: faixa etária, escolaridade e cor da pele; b) Características da vítima, da agressão e do agressor: consumo de álcool pela vítima, atividade remunerada, local da agressão, meio da agressão, parte do corpo atingida, tipo de lesão, gravidade da lesão, sexo do agressor e suspeita de consumo de álcool pelo agressor;

Procedeu-se a execução da técnica, tendo como base a estrutura de uma tabela de contingência. Em um primeiro momento, foram excluídas da análise todas as categorias com massa $\leq 0,010$ (1,0%). Em um segundo momento, foram excluídas as categorias com contribuições semelhantes (até 1,0% de diferença) para as dimensões de cada modelo e com massa $\leq 0,020$ (2,0%). Sendo assim, foram excluídas da análise final as seguintes categorias, dentro de cada variável: raça/cor (outra raça); meio da lesão (outros meios); parte do corpo atingida (tronco, membros superiores e membros inferiores); tipo de lesão (sem lesão e outra lesão); sexo do agressor (feminino).

A ACS é aplicada em tabelas de contingência para se verificar a dependência entre as linhas e as colunas e decompor a inércia total em dimensões que melhor expliquem a variabilidade dos dados (GONÇALVES; SANTOS, 2009). A inércia representa o percentual da variância explicada por cada dimensão, sendo que a dimensão deve ser entendida como um

conjunto de categorias que se mostraram associadas. Cada categoria possui uma “contribuição” na dimensão, o que mede a sua importância na associação (MALTA et al., 2020).

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. O quadrante é muito utilizado para visualizar os resultados da ACS. Assim, em cada quadrante, agrupou-se as características com menores distâncias entre si por meio de elipses e esse agrupamento foi denominado “Perfil”. A proximidade dos pontos representam as relações entre as variáveis: quanto menores as distâncias entre dois pontos, mais fortes as associações entre elas, enquanto maiores distâncias representam dissociações entre elas (GONÇALVES; SANTOS, 2009).

A análise dos dados foi feita no *software* Stata versão 14. Para consideração do plano amostral complexo, utilizou-se o módulo *survey* e obteve-se tabelas de contingência expandidas, ou seja, que consideraram os pesos amostrais no cálculo das quantidades e, com base nelas, foi construído o gráfico de correspondência.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa utilizou dados provenientes de bases secundárias de domínio público que não permitem a identificação dos indivíduos e, portanto, dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, a pesquisa atendeu às determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados da PNS estão disponíveis para acesso e uso público e a pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para Seres Humanos do MS sob Parecer nº 3.529.376 para a edição de 2019. A PNS garantiu sigilo de identidade e dados pessoais dos participantes, moradores e entrevistados. Os consentimentos foram informados em duas etapas, ambas diretamente no dispositivo utilizado para o questionário: primeiro, pelo informante do domicílio (*proxy*) e, depois, pelo indivíduo sorteado, que informou consentimento para a entrevista e para a aferição das medidas antropométricas, separadamente (STOPA et al., 2020). Ressalta-se que para o módulo de violência da PNS, somente responderam à pesquisa os moradores com idade superior a 18 anos.

O projeto do Viva Inquérito foi aprovado pela CONEP do MS, sob Parecer n. 2.234.509, em agosto de 2017. Foi obtido o consentimento verbal de participação da pesquisa do paciente/familiar/responsável e esse consentimento ficou registrado em campo específico do formulário de coleta de dados. Garantiu-se o anonimato e a privacidade aos pacientes, aos profissionais e aos gestores dos serviços em que a pesquisa foi realizada, assim como a

liberdade para desistir de participar da entrevista a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para si próprio ou para familiares (BRASIL, 2019).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção será apresentada em duas etapas, cada uma referente aos manuscritos produzidos a partir da análise dos dados que o estudo realizou. O primeiro artigo, com os dados da PNS 2019, já se encontra aprovado para publicação pela Revista Brasileira de Epidemiologia sob o código de referência RVEPID-2021-0293 (anexo A). O segundo artigo, com os dados do VIVA Inquérito 2017, será submetido após aprovação de texto final à revista Ciência & Saúde Coletiva.

6.1 ARTIGO 1

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

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

Prevalência e fatores associados da violência por parceiro íntimo

Nádia Machado de Vasconcelos. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: nadiamv87@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0002-2323-3064

Fabiana Martins Dias de Andrade. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: fabbianamartins@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-8277-6061

Crizian Saar Gomes. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: criziansaar@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6586-4561

Isabella Vitral Pinto. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: isabella.pinto@fiocruz.br. ORCID: 0000-0002-3535-7208

Deborah Carvalho Malta. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: dcmalta@uol.com.br. ORCID: 0000-0002-8214-4734

Autora para correspondência: Nádia Machado de Vasconcelos. Avenida Alfredo Balena, 190. Bairro Santa Efigênia. CEP: 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil. Email: nadiamv87@yahoo.com.br

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

Conflito de interesses: Nada a declarar

Fonte de financiamento: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (MS). TED 147/2018.

Colaboração individual: Todas as autoras participaram da concepção e delineamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica e aprovaram a versão final submetida.

Resumo

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

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo; Violência de gênero; Epidemiologia; Estudos Transversais; Inquéritos Epidemiológicos.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and associated factors to intimate partner violence against adult women in Brazil. and to characterize its associated factors. **Methods:** Quantitative cross-sectional epidemiological study using the database of the National Health Survey 2019. The prevalence in the last 12 months and crude and adjusted prevalence ratios of intimate

partner violence were calculated, stratified by sociodemographic characteristics. **Results:** Intimate partner violence was reported by 7.6% of Brazilian women from 18 to 59 years old, with higher prevalence among younger women (8.96%), black women (9,05%), with lower education (8.55%) and low income (8.68%). After adjusted analysis, remained associated with intimate partner violence the age group 18 to 24 years old (1.41) and 25 to 39 years old (1.42) and lowest income (1.55). **Conclusion:** Intimate partner violence was associated to younger and poorest women. This result points to the need to develop intersectoral policies, especially the ones related to diminish the social inequalities and for coping with intimate partner violence among adult women.

Key words: Intimate partner violence; Gender-based violence; Epidemiology; Cross-sectional studies; Health surveys.

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI), entendida como “qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” cometido por parceiros atuais ou prévios¹ constitui problema de saúde pública global e evidente atentado aos Direitos Humanos².

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que aproximadamente 30% das mulheres acima de 15 anos foram vítimas de VPI do tipo física e sexual ao menos uma vez na vida³. Para o Brasil, meta-análise realizada pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) em 2019 concluiu que 16,7% de mulheres entre 15 e 49 anos sofreram VPI física e/ou sexual na vida e 3,1% no último ano⁴. Mais do que evento isolado na vida da mulher, a VPI pode fazer parte de um padrão contínuo de abuso⁵ e no Brasil aproximadamente 33% das mulheres vítimas de VPI relatam recorrência da violência⁶.

A VPI é importante causa de morbidade e incapacidade, sendo reconhecida como determinante da saúde e bem-estar, além de aumentar o risco de morte prematura, não apenas diretamente, mas pelo desenvolvimento de agravos de saúde⁷. Estima-se que, nos últimos 20 anos, aproximadamente 175 mil anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) foram perdidos por ano no Brasil como resultado da VPI e mais de 80.000 anos potenciais de vida perdidos (YLL) entre mulheres de 15 a 49 anos em 2019⁸.

A VPI está associada a iniquidades sociais, com estudos mostrando maiores prevalências de VPI em mulheres negras e com baixa escolaridade⁹. O fato de a VPI se associar a regiões com maior índice de homicídios masculinos¹⁰ e de ambos os agravos se relacionarem

às desigualdades socioeconômicas, mostra que a Saúde Pública tem importante papel na compreensão da complexa interação entre as desvantagens econômicas e os processos de saúde-doença¹¹, o que torna o monitoramento dos fatores associados à VPI essencial.

Nesse contexto, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), considerado o mais importante dos inquéritos de saúde brasileiros, sendo a maior, mais completa e abrangente pesquisa de saúde já realizada no país¹², fornece informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população, permitindo estabelecer medidas consistentes capazes de auxiliar a elaboração de políticas públicas e alcançar maior efetividade nas intervenções em saúde¹³.

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

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

Métodos

Delineamento e fonte de dados

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

A amostra da PNS originou-se de uma amostra mestra previamente estabelecida e constituiu-se em um plano conglomerado de três estágios de seleção: setores censitários ou conjunto de setores (unidades primárias), domicílios (unidades secundárias) e moradores adultos (unidades terciárias). O tamanho mínimo definido para a amostra foi de 108.525 e a amostra final foi de 94.114 domicílios com entrevista realizada, com uma taxa de resposta de 93,6% (n = 90.846). Para o presente estudo selecionou-se as mulheres entre 18 e 59 anos de idade que responderam ao módulo de violência (n = 34.334). Maiores detalhes sobre a metodologia da PNS podem ser vistos em publicação específica¹⁴.

Variáveis

A variável desfecho, violência por parceiro íntimo, foi construída utilizando-se as perguntas do módulo de violência (V). Em 2019, esse módulo do questionário foi reformulado,

permitindo melhor caracterização dos tipos de violência sofrida, além de identificar os perpetradores de cada tipo e seu vínculo com a vítima.

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

- V2: Nos últimos doze meses, alguém: a) te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?; b) gritou com você ou te xingou?; c) usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?; d) ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?; e) destruir alguma coisa sua de propósito?;
- V14: nos últimos doze meses, alguém: a) te deu um tapa ou uma bofetada?; b) te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?; c) te deu um soco, chute ou arrastou pelo cabelo?; d) tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?; e) te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?;
- V27: nos últimos doze meses, alguém: a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?; b) te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

A violência foi considerada por parceiro íntimo quando a mulher afirmou que foi perpetrada por: 1. Cônjuge ou companheiro(a); 2. Ex-cônjuge ou ex-companheiro; 3. Parceiro(a), namorado(a), ex-parceiro(a); ex-namorado(a).

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

Análise de dados

Na análise descritiva, calculou-se as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) da VPI total segundo as características sociodemográficas.

Para avaliar os fatores associados a VPI estimou-se as razões de prevalência (RP) e respectivos IC95% utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Primeiramente, realizou-se as análises bivariadas entre a VPI (desfecho) e cada variável sociodemográfica (explicativa), sendo estimadas as RP brutas (RPb). Após, foi realizado o modelo multivariado, em que as variáveis explicativas com pelo menos uma categoria apresentando valor $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo gradativamente. O modelo final foi considerado ao nível de significância de 5%.

Devido ao desenho amostral complexo e às probabilidades distintas de seleção, a análise da PNS necessita de definição prévia de pesos amostrais para domicílios e para os moradores selecionados. O peso final utilizado é o produto do inverso das expressões de chance de seleção de cada estágio da amostra e compreende a correção de não respostas e ajustes dos totais populacionais¹⁴.

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

Aspectos éticos

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

Resultados

Foram avaliadas 34.334 mulheres, sendo que a maioria tinha entre 40 e 59 anos (46,16%), possuía ensino médio completo a superior incompleto (41,20%), se autodeclarava de cor parda (45,25%), residia na região Sudeste (42,65%) e ganhava até 01 SM por mês (56,21%) (Tabela 1).

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

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

a das mulheres que ganhavam acima de 05 SM (5,26%). Entre as regiões do Brasil, a Nordeste teve maior prevalência (8,17%) e a Sul menor prevalência (6,77%). (Tabela 2)

No modelo multivariado, observou-se que mulheres de 18 a 24 anos (RPa1,41) e 25 a 39 anos (RPa: 1,42) tiveram maiores prevalências de VPI, além das com renda menor que 1SM (RPa: 1,55). As outras variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa. (Tabela 3).

Discussão

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

A mudança do questionário no módulo de violência da PNS 2019 ampliou a possibilidade de se estudar a VPI em um inquérito de saúde base populacional, analisando seus subtipos. A prevalência de VPI encontrada nesse estudo foi de 7,60%. Estudo realizado com a PNS 2013 encontrou uma prevalência de 3,10% de violência contra as mulheres cometidas por pessoas conhecidas, o que também incluiu familiares, amigos e vizinhos¹⁵. Outro estudo com a PNS 2013 chegou a uma prevalência de VPI de 1,58% entre mulheres¹⁶. Porém, o enfoque da PNS 2013 era apenas nas violências e agressões físicas¹⁷, o que pode ter levado a subestimação da VPI. Em 2012, inquérito de base populacional conduzido pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas encontrou prevalência de 6,3% de VPI entre mulheres adultas¹⁸, percentual próximo ao encontrado no presente estudo. Ressalta-se que esse último estudo se restringiu a mulheres que coabitavam com seus parceiros.

A VPI contra mulheres é uma das formas que a violência de gênero pode assumir. Essa violência pode ser entendida como uma relação de poder gerada a partir dos papéis sociais impostos às mulheres e aos homens que transcende as características biológicas de cada um¹⁹. A descrição de masculinidade se baseia em noções de domínio, insensibilidade e honra, que leva à interpretação da violência como característica inerente aos homens²⁰. Paralelamente, existe a construção do ideal de mulher, que deve ser obediente, cuidar da casa e dos filhos e se manter fiel ao parceiro²¹. Existe, então, uma ideia de posse do homem sobre a mulher, justificando o ciúme obsessivo e o comportamento controlador, com abusos psicológicos sendo via de dominação⁵. Várias culturas naturalizam a VPI e consideram que, a fim de reprimir a

mulher e reafirmar a hierarquia da relação, os homens possuem o direito de infringir punições físicas a suas parceiras e de manter relações sexuais contra a vontade delas²².

Nessa perspectiva, os vários tipos de violência se encontram muitas vezes sobrepostos, sendo que a psicológica é a que ocorre mais frequentemente isolada, mas também acompanha as outras duas²³, e que a violência física vem acompanhada de coerção psicológica e abuso sexual²⁴. Em geral, a violência sexual cometida pelo parceiro íntimo não é reconhecida pela mulher, devido à cultura patriarcal que associa a prática sexual ao dever da esposa, mesmo que de forma não consensual²³. Schraiber et. al.²³ analisaram as prevalências encontradas em um estudo transversal realizado pela OMS entre 2000 e 2003 e concluíram que a violência psicológica teve prevalência de 37,6% na cidade de São Paulo (SP) e 32% na Zona da Mata Pernambucana (ZMP). As violências física (8,5% em SP e 4,1% na ZMP) e sexual (0,5% em SP e 1,9% na ZMP) tiveram prevalências similares às do atual estudo.

Observou-se no presente estudo maiores prevalências de VPI em mulheres mais jovens, associação que se manteve significativa após ajuste pelas outras variáveis. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. O estudo da OMS, por exemplo, mostrou que no Brasil a VPI se concentrou na faixa etária de 20 a 39 anos²³. Outro estudo com dados de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2011 e 2017, também apresentou maiores proporções de VPI nessa mesma faixa etária²⁵. Uma possível explicação para esse achado deve-se ao fato das mulheres mais jovens poderem se encontrar em maior dependência do companheiro para cuidar dos filhos e sustentar a casa²⁶. Em contrapartida, mulheres mais velhas podem ter maior autonomia financeira e social, o que lhes confere uma vantagem para se desvincilhem de relacionamentos abusivos²⁷.

Esse estudo apresentou diminuição da prevalência da VPI nas mulheres mais escolarizadas. Sabe-se que mulheres com maior nível educacional possuem maior acesso à recursos social, cultural e financeiro, necessários para interromper o ciclo de violência²⁵. Estudo descritivo com dados dos atendimentos de serviços de urgência e emergência pesquisados pelo inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito) 2014, mostrou que dentre as vítimas de VPI, mais da metade apresentava baixa escolaridade²⁸. Esse fato é corroborado por uma revisão sistemática com meta-análise publicada em 2018, em que os resultados mostraram que mulheres sem ensino médio completo apresentavam 40% maior chance de vivenciar VPI na vida adulta⁹. Embora a escolaridade não tenha permanecido no modelo multivariado, a renda permaneceu, e sabe-se que a escolaridade é pré-requisito para entrada no mercado de trabalho, sendo uma proxy para renda²⁹.

A VPI foi mais elevada em mulheres se autodeclararam de cor da pele preta, o que é corroborado pela literatura. Estudo mostrou que mulheres que se autodeclararam brancas apresentam 28% menos chance de ser vítima de VPI⁹, enquanto um estudo ecológico que utilizou o coeficiente médio padronizado da mortalidade feminina por agressão como marcador de feminicídio nos triênios de 2007-2009 e 2011-2013, concluiu que mulheres da raça negra têm o dobro de chance de morrer por essa causa, em comparação com brancas¹⁰. A raça não pode ser entendida apenas a partir de variações genéticas³⁰, ela é considerada uma variável social, que carrega o peso das construções históricas e culturais e que representa um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais³¹. No Brasil, a raça negra funciona como um marcador de desvantagem social, se comportando como *proxy* para situações socioeconômicas desfavoráveis³². No estudo atual, a raça/cor da pele não se manteve no modelo final, entretanto, pode haver relação entre raça, escolaridade e renda. Portanto, não necessariamente mulheres pardas e pretas sofrem mais VPI, mas sim acumulam vulnerabilidades, o que pode levar a dificuldade em romper com o agressor e com situações crônicas de violências.

Esse estudo encontrou associação entre VPI e baixa renda. A VPI se relaciona às atitudes controladoras do parceiro, que muitas vezes impede a saída da mulher de sua casa e danifica suas relações sociais⁵. Esse contexto pode favorecer a menor autonomia financeira da mulher e a diminuição da sua renda³³. Outrossim, mulheres vítimas de VPI apresentam maiores taxas de absenteísmo, ou seja, faltas no trabalho, o que leva à instabilidade de empregos e aumenta a dependência da mulher ao seu agressor, contribuindo para a maior exposição à VPI³⁴. No modelo ajustado, a associação entre baixa renda e VPI se manteve significativa, resultado que reforça a importância de as políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres repensarem estratégias para além da proteção às mulheres e punição dos agressores, avançando na garantia da autonomia financeira e direito à moradia, o que permitirá romper o ciclo da VPI.

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

emprego³⁵. Estudos locais são necessários para identificar regiões com maior concentração de violência.

Reunir dados sobre a VPI gera evidências que servem de valioso guia para a construção de Programas e Políticas Públicas capazes de levar a uma redução da violência²². Infelizmente, as crises política, econômica e social que se iniciaram em 2015, e as medidas de austeridade estabelecidas pela Emenda Constitucional 95 (EC95) em 2016, que limitou os gastos públicos por 20 anos, trouxeram desmontes e retrocessos das políticas de proteção social para a população brasileira e atingiram de forma desigual os grupos em situação de vulnerabilidade³⁶. No que tange a VPI, a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres foi esvaziada, sendo que em 2019 o programa “Casa da Mulher Brasileira”, que visa integrar em um mesmo local os atendimentos jurídico e assistencial das mulheres em situação de violência³⁷, não recebeu nenhum investimento³⁸. No atual governo, o discurso conservador legitima o domínio masculino sobre a mulher³⁹ e encobre o machismo estrutural, palpável no posicionamento oficial contrário ao aborto em qualquer circunstância⁴⁰, inclusive com tentativa de impedir o atendimento as vítimas de estupro⁴¹. Ademais, as medidas para facilitar o acesso às armas podem aumentar o risco das mulheres em situação de violência, fato que já tem sido evidenciado com o aumento nos índices de feminicídio no país⁴².

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o desenho transversal, que impossibilita determinar causalidade. Além disso, a amostra exclui populações de rua, asilos, quilombos e aldeias. Acredita-se que a prevalência de VPI seja subestimada, pois existe maior chance de as mulheres ocultarem a ocorrência de um ato violento, devido à estigmatização dessa condição⁴³. As medidas adotadas para tentar minimizar essa limitação foram assegurar privacidade na entrevista, afastando a mulher de um possível agressor, e possibilitar a resposta ao módulo diretamente no dispositivo, de forma a minimizar o possível constrangimento. Ademais, para reduzir a falta de entendimento das violências sofridas, várias situações foram especificadas para melhor caracterizar os eventos. Entretanto, as perguntas se restringiram às violências psicológica, física e sexual, não abordando outros tipos, como a patrimonial e moral, de mais difícil delimitação.

Em conclusão, os dados da PNS 2019 mostram que a VPI está relacionada a fatores macrossociais (classe social, raça/cor da pele como proxy da iniquidade e educação) e geracionais. A VPI pode ser evitada e seu impacto minimizado e isso depende da articulação intersetorial das áreas de Saúde, Justiça, Segurança Pública e Educação, para atuar de forma integral no desenvolvimento de políticas de proteção à vida, integridade e direito das mulheres.

A Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres deve direcionar sua atenção à garantia do direito à educação, renda, emprego, saúde e moradia.

Ressalta-se que a PNS pela primeira vez se aprofundou na investigação da VPI em uma amostra representativa da população brasileira, especificando diversas situações para melhor caracterizar o evento e discriminar o agressor de cada tipo de violência. Nesse sentido, os achados desse estudo servirão para apoiar a vigilância de violências, monitorar o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030⁴⁴, bem como podem auxiliar na construção de Políticas Públicas voltadas à redução das desigualdades e iniquidades sociais. Além disso, esse estudo permite a construção de uma linha de base das informações da PNS sobre VPI, que ajudará no monitoramento dos desdobramentos ocorridos na sociedade em função do posicionamento conservador e da restrição de direitos que o país passa nesse momento.

Referências

1. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva; 2010. 94 p.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. 51 p.
4. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Pública* 2019; 43 (e26). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50485>
5. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams Mendoza J. Violencia contra las mujeres en America Latina y el Caribe: Analisis comparativo de datos poblacionales de 12 paises. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 2014. 164 p.
6. Barros CRS, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 1–10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006385>

7. Sandoval GA, Marinho F, Delaney R, Pinto I V., Lima CMD, Costa RM, et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health* 2020; 179: 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.019>
8. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. Seattle: University of Washington; 2020. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
9. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *Am J Public Health* 2018; 108(7): e1–11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>
10. Meneghel SN, Rosa BAR, Ceccon RF, Hirakata VN, Danilevicz IM. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9): 2963–70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.22732015>
11. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saude Publica* 2018; 34(12): e00012818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X0012818>
12. Malta DC, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB. Primeiros resultados da análise do laboratório da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22(suppl 2): 2–4. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.2>
13. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2): 333–42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
14. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2020; 29(5): e2020315. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
15. Mascarenhas MDM, Sinimbu RB, Malta DC, Silva MMA, Santos AF, Vieira MLFP, et al. Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11): 3763–71. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.08672016>
16. Silva AN, Azeredo CM. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2019; 24(7): 2691–700. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.25002017>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

18. Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2016; 38(2): 98–105. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1798>
19. Santos RG dos, Moreira JG, Fonseca ALG da, Gomes Filho ADS, Ifadireó MM. Violência contra a Mulher à Partir das Teorias de Gênero. *ID line Rev Psicol* 2019; 13(44): 97–117. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476>
20. Santos CM, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Estud Interdiscip Am Lat y el Caribe*. 2005; 16(1): 147–64.
21. Pedro CB, Guedes O de S. As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. *An do I Simpósio sobre Estud Gênero e Políticas Públicas* 2010; 1–10. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/1.ClaudiaBraganca.pdf>
22. Krug EG, Dahlber LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. 380 p.
23. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5): 797–807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
24. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331–6.
25. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(suppl 1): E200007. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1980-549720200007.supl.1](https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1)
26. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF e D'Avila S. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(4): 740–52. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1980-5497201600040005](https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005)
27. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(4): e00011415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011415>

28. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica* 2018; 34(4): e00062317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062317>
29. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(2): 109–16. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200016>
30. Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ* 2004; 328(7447): 1070–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7447.1070>
31. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comun Saúde, Educ* 2009; 13(31): 383–94. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
32. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* 2012; 3(2): 231–80. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
33. Wathen CN, MacGregor JCD, MacQuarrie BJ. Relationships Among Intimate Partner Violence, Work, and Health. *J Interpers Violence* 2018; 33(14): 2268–90. <https://doi.org/10.1177/0886260515624236>
34. Goodman LA, Smyth KF, Borges AM, Singer R. When crises collide: How intimate partner violence and poverty intersect to shape women’s mental health and coping? *Trauma, Violence, Abus* 2009; 10(4): 306–29. <https://doi.org/10.1177/1524838009339754>
35. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2): 425–37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200020>
36. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. Persson LÅ, editor. *PLOS Med* 2018; 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
37. Menicucci E. Casa da Mulher Brasileira começa a virar realidade. *Correio Braziliense* [Internet]. 2014 May 17; Available from: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/casa-da-mulher-brasileira-comeca-a-virar-realidade-artigo-2013-eleonora-menicucci>
38. Governo corta verba de pasta que combate violência doméstica. *Confederação Nacional*

- dos trabalhadores na saúde [Internet]. 2020 Feb 10; Available from: <https://cnts.org.br/noticias/governo-corta-verba-de-pasta-que-combate-violencia-domestica/>
39. Barbiéri LF. Damares diz que na “concepção cristã” mulher deve ser “submissa” ao homem no casamento. G1 [Internet]. 2019 Apr 16; Available from: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/04/16/damares-diz-que-em-sua-concepcao-crista-mulher-deve-ser-submissa-ao-homem-no-casamento.ghtml>
 40. Cazarré M. Ministra Damares fala contra aborto no Parlamento argentino. Agência Brasil [Internet]. 2019 May 30; Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-05/ministra-damares-fala-contra-aborto-no-parlamento-argentino>
 41. Vila-Nova C. Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. Folha de São Paulo [Internet]. 2020 Sep 20; Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>
 42. Sudré L. A crise tem rosto de mulher: elas são as mais afetadas pela precarização no país. Brasil de Fato [Internet]. 2020 Mar 8 [cited 2021 Feb 16]; Available from: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/08/a-crise-tem-rosto-de-mulher-precario-e-desmonte-de-politicas-afetam-mais-elas>
 43. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32(1): 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>
 44. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York: United Nations; 2015.

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

Variáveis	Prevalência	IC95%	
	%	Limite superior	Limite inferior
Faixa etária			
18 a 24	16,88	16,03	17,77
25 a 39	36,96	36,02	37,90

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

Nota: SM - salário-mínimo

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

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

Variáveis	Violência por parceiro íntimo			
	Prevalência (IC95%)	RPb	IC95%	Valor- p
Faixa etária				
18 a 24	8,96 (7,26; 11,01)	1,47	1,15; 1,88	0,002

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

Nota: RPb - Razão de prevalência bruta; SM – salário-mínimo/

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

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

Variáveis	Violência por parceiro íntimo		
	Rpa	IC95%	Valor-p

Faixa etária

18 a 24	1,41	1,10; 1,82	0,007
25 a 39	1,42	1,23; 1,65	0,000
40 a 59	1,00		

Escolaridade

Sem instrução e fundamental incompleto	1,17	0,92; 1,49	0,209
Fundamental completo e médio incompleto	1,01	0,77; 1,32	0,950
Médio completo e superior incompleto	0,88	0,68; 1,12	0,295
Superior	1,00		

Raça/cor da pele

Preta	1,12	0,89; 1,40	0,338
Parda	0,93	0,78; 1,11	0,440
Branca	1,00		

Região de residência

Nordeste	1,08	0,88; 1,34	0,463
Sudeste	1,13	0,89; 1,43	0,330
Centro-oeste	1,07	0,85; 1,35	0,557
Norte	0,97	0,77; 1,22	0,775
Sul	1,00		

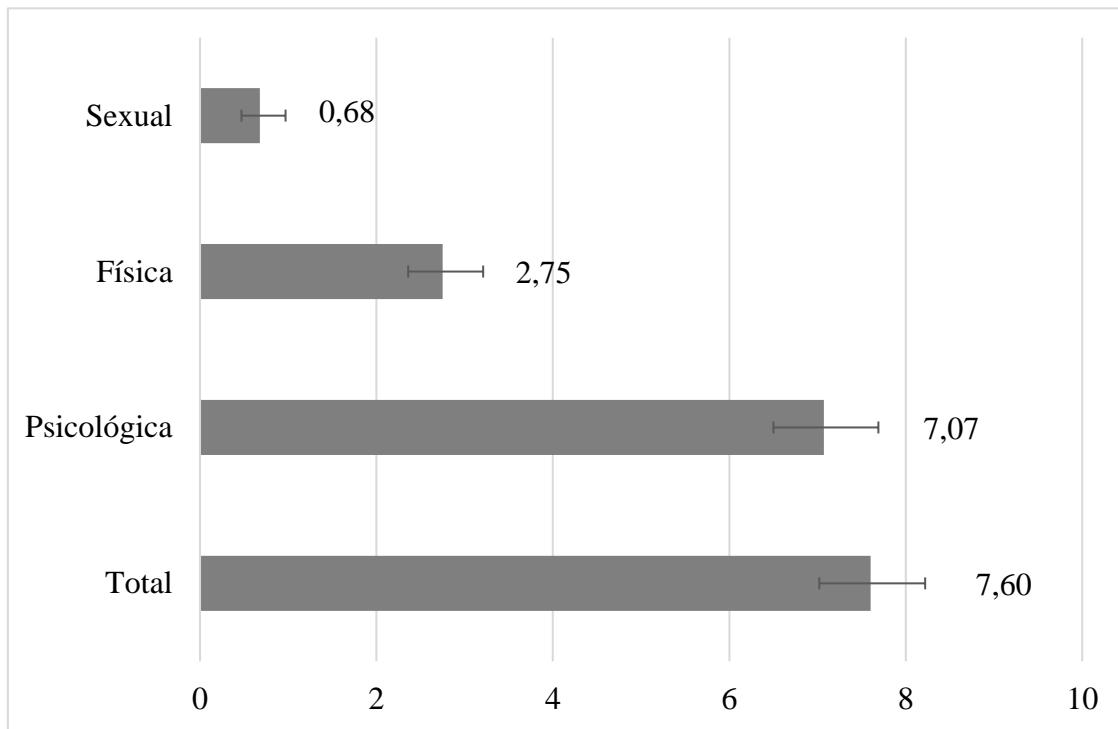
Renda

Até 01 SM	1,55	1,08; 2,23	0,018
De 01 a 03 SM	1,22	0,79; 1,86	0,369
De 03 a 05 SM	1,09	0,73; 1,62	0,666
Acima de 05 SM	1,00		

Nota: Rpa - Razão de prevalência ajustada; SM - salário-mínimo

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

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



6.2 ARTIGO 2

Título: Violência física contra mulheres perpetrada por parceiro íntimo: análise do VIVA Inquérito 2017

Título em inglês: Physical violence against women by an intimate partner: analysis of VIVA Inquerito 2017

Nádia Machado de Vasconcelos. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: nadiamv87@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0002-2323-3064

Fabiana Martins Dias de Andrade. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: fabbianamartins@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-8277-6061

Crizian Saar Gomes. Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: criziansaar@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6586-4561

Deborah Carvalho Malta. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: dcmalta@uol.com.br. ORCID: 0000-0002-8214-4734

Autora para correspondência: Nádia Machado de Vasconcelos. Avenida Alfredo Balena, 190. Bairro Santa Efigênia. CEP: 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil. Email: nadiamv87@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Caracterizar a violência física por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas atendidas nos serviços públicos de urgência e emergência do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal utilizando dados do VIVA Inquérito 2017. Foram calculados as proporções e os intervalos de confiança das características da vítima, da violência e do agressor. As associações das características foram identificadas através da análise de correspondência simples (ACS). **Resultados:** Mais da metade das mulheres atendidas se autodeclarou da raça/cor da pele negra (70,2%) e foi vítima de agressor do sexo masculino (96,3%). A maioria das violências ocorreu em residência (71,1%) por meio de força corporal (74,1%). Na ACS, destaca-se a associação entre as variáveis faixa etária de 40 e 59 anos, escolaridade de até 08 anos de estudo, consumo de álcool pela vítima e violência por meio de armas (perfil 2); além da associação das variáveis

faixa etária de 18 a 24 anos, raça/cor da pele negra, ausência de atividade remunerada, agressão em via pública e lesões de maior gravidade (perfil 4). **Conclusões:** Existem diferentes perfis de VPI para mulheres em diferentes contextos. O enfrentamento à VPI necessita de Políticas Públicas que considerem essas diferenças na construção de ações que foquem as mulheres e os perpetradores da violência.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo; Iniquidade em Saúde; Inquéritos Epidemiológicos

Abstract

Objective: To characterize physical violence by an intimate partner suffered by adult women treated in public urgency and emergency services in Brazil. **Methods:** Cross-sectional study using data from the VIVA Survey 2017. The proportions and confidence intervals of the characteristics of the victim, violence and aggressor were calculated. The associations of characteristics were identified through simple correspondence analysis (SCA). **Results:** More than half of the assisted women self-declared of black race/skin color (70.2%) and were the victim of a male aggressor (96.3%). Most violence occurred at home (71.1%) through physical force (74.1%). In the SCA, there is an association between the variables age group of 40 and 59 years, schooling of up to 08 years of study, alcohol consumption by the victim and violence through weapons (profile 2); in addition to the association of the variables age group between 18 and 24 years old, black race/skin color, lack of paid employment, aggression on public roads and more serious injuries (profile 4). **Conclusion:** There are different IPV profiles for women in different contexts. Confronting IPV requires Public Policies that consider these differences in the construction of actions that focus on women and perpetrators of violence.

Keywords: Intimate partner violence; Health Status Disparities; Health Surveys

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) contra as mulheres pode ser considerada um atentado aos direitos humanos, uma vez que ameaça a vida e a integridade física da mulher¹. É um problema de Saúde Pública de elevada magnitude e que acarreta grandes custos à sociedade, sistemas de saúde e vítimas¹.

Estudo realizado por Mascarenhas et. al. mostrou que 62,4% das 454.984 notificações de violência perpetradas contra as mulheres entre 2011 e 2017 eram VPI, o que pode ser interpretado como quatro notificações por hora desse tipo de violência nos sete anos analisados². Além disso, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) calculou que em

2019 o custo da violência no Brasil representou 5,9% do Produto Interno Bruto (PIB), entre gastos com sistema de saúde, segurança pública e sistema prisional, dentre outros³. A VPI assume diversos subtipos, contudo, a violência física é a mais comumente atendida nos serviços de urgência e emergência, por seu caráter agudo e de potencialidade fatal^{4,5}.

A distribuição desigual da VPI em relação às características sociodemográficas mostra que esse agravo também se relaciona às iniquidades em saúde⁶. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), entendidos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, têm impacto na distribuição dos atos violentos que ocorrem na sociedade brasileira⁷ e recente revisão sistemática mostrou que as iniquidades no acesso a saúde, educação e renda aumentam o índice de homicídio das cidades⁸.

Nesse sentido, a vigilância em saúde, entendida como a coleta sistemática de dados para a análise de eventos relacionados à saúde, tem papel importante no país para determinar a distribuição de agravos e para sustentar o planejamento e a implantação de políticas públicas voltadas para a população brasileira, com especial atenção às vulnerabilidades que ela apresenta⁹. O Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito), instituído em 2006, tem papel fundamental na vigilância dos agravos por causas externas do Brasil, uma vez que obtém informações de serviços públicos de saúde com formulário estruturado que caracteriza não somente a vítima, mas também a agressão e o possível agressor¹⁰.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou caracterizar a violência física por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas atendidas nos serviços públicos de urgência e emergência do Brasil.

Esse estudo utilizou metodologia pouco aplicada no campo da saúde e propôs abordagem exploratória, associando características sociodemográficas das vítimas, dos agressores e características da violência, construindo perfis de VPI, uma vez que esse agravo é multifatorial e se expressa de maneiras diferentes na nossa sociedade¹¹.

Métodos

Delineamento e fonte de dados

Estudo transversal utilizando dados do VIVA Inquérito realizado em 2017. A pesquisa é o componente de vigilância sentinela do sistema VIVA, sendo realizada em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2017, participaram da pesquisa 90 estabelecimentos de 23 capitais (Florianópolis, Macapá e Porto Alegre não

participaram) e 131 estabelecimentos de 13 municípios brasileiros, a saber: Ananindeua (Pará), Araguaína (Tocantins), Arapiraca (Alagoas), Guarulhos (São Paulo), Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco), Montes Claros (Minas Gerais), Olinda (Pernambuco), Santo André (São Paulo), São José do Rio Preto (São Paulo), São José dos Campos (São Paulo), Serra (Espírito Santo), Sobral (Ceará) e Vila Velha (Espírito Santo).

A pesquisa utilizou amostra por conglomerados em único estágio de seleção, sendo a unidade primária de amostragem composta por turnos de 12 horas. Para efeito de sorteio de turnos, considerou-se o período 30 dias contínuos, dividido em dois turnos (diurno e noturno) totalizando 60 turnos para a coleta. Todos os atendimentos por causas externas do turno sorteado foram incluídos na amostra¹⁰.

O tamanho da amostra mínimo foi de 1.500 e 2.000 atendimentos nos municípios e nas capitais, respectivamente, e foi definido pensando-se em um coeficiente de variação <30,0% e erro padrão <3. Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2017 por meio de entrevistas e dos prontuários médicos, por pessoal treinado e com o auxílio de formulário padronizado. A população de estudo do VIVA Inquérito foi composta pelas vítimas de violências e acidentes que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergências participantes, totalizando 48.532 participantes.

Para o presente estudo, foram incluídas todas as mulheres entre 18 e 59 anos atendidas nos estabelecimentos participantes devido a agressão física por um parceiro íntimo. Ao se considerar o sexo do agressor, foi excluída da amostra uma ocorrência de “ambos os sexos”, uma vez que conceitualmente a VPI está relacionada a apenas um agressor (n = 276).

Variáveis

As variáveis selecionadas foram divididas em 03 categorias:

- Características da vítima: faixa etária (18 a 24 anos; 25 a 39 anos; e 40 a 59 anos), escolaridade (até oito anos de estudo e nove ou mais anos de estudo), raça/cor da pele (branca; negra [preta ou parda]; e outras [amarela e indígena]), atividade remunerada (sim ou não) e consumo de álcool até seis horas antes da agressão (sim ou não);
- Características da agressão: local da ocorrência (residência [residência ou habitação coletiva]; via pública e outros [local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços e outros]), meio de agressão (força corporal; armas [branca ou de fogo]; objeto contundente e outros), parte do corpo atingida (cabeça; tronco; membros superiores; membros inferiores; e múltiplos órgãos), tipo de lesão (sem lesão; contusão; corte; trauma; e outros [queimadura e outra]) e gravidade da lesão (definida a partir da

evolução do caso: leve [se alta ou evasão], grave [se internação ou encaminhamento para outro hospital] e ignorada);

- Características do agressor: sexo (masculino ou feminino) e suspeita de consumo de álcool (sim ou não).

Análise de dados

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva dos dados por meio de frequência ponderada e respectivos intervalos de confiança (IC95%). Os dados faltantes (“missing”) foram incluídos na categoria “ignorado” de cada variável. Para identificar as associações entre as características estudadas, realizou-se a análise de correspondência simples (ACS).

A ACS é uma técnica estatística multivariada exploratória adequada para a análise de múltiplas variáveis categóricas e útil para se conhecer os perfis do objeto estudado e, posteriormente, construir hipóteses acerca desse objeto¹². A ACS é aplicada em tabelas de contingência para se verificar a dependência entre as linhas e as colunas e sintetizar a estrutura de variabilidade dos dados em termos de dimensões, na qual o número de dimensões é menor que o número de variáveis. A “dimensão” pode ser entendida como um conjunto de categorias que se mostraram associadas, e cada uma dessas categorias possui uma “contribuição”, que mede a sua importância na associação¹³. Os resultados são apresentados de forma gráfica e a proximidade dos pontos representam as relações entre as variáveis: quanto menores as distâncias entre dois pontos, mais fortes as associações entre eles, enquanto maiores distâncias representam dissociações entre elas¹⁴.

Para a ACS desse estudo, foram selecionadas todas as variáveis descritas. Procedeu-se a execução da técnica, tendo como base a estrutura de uma tabela de contingência, onde o perfil de linha apresentou as características da vítima, da agressão e do agressor e o de coluna, as variáveis sociodemográficas da vítima. Em um primeiro momento, foram excluídas da análise todas as categorias com massa $\leq 0,010$ (1,0%) e, em segundo momento, aquelas com contribuições semelhantes (até 1,0% de diferença) para as dimensões de cada análise e com massa $\leq 0,020$ (2,0%). Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. Em cada quadrante, agrupou-se as características com menores distâncias entre si por meio de elipses e esse agrupamento foi denominado “Perfil”.

A análise dos dados foi feita no *software* Stata versão 14. Para consideração do plano amostral complexo, utilizou-se o módulo *survey* e obteve-se tabelas de contingência expandidas, ou seja, que consideraram os pesos amostrais no cálculo das proporções e, com base nelas, na construção do gráfico de correspondência.

Aspectos éticos

Todos os participantes do VIVA Inquérito deram consentimento verbal para participação da pesquisa e o projeto do VIVA Inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde sob parecer nº. 2.234.509, em 23/08/2017. O presente estudo utilizou dados proveniente de base secundária de domínio público e, por isso, dispensou aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, conforme resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O VIVA Inquérito 2017 registrou 48.532 atendimentos por acidentes e violências, dos quais 3.454 foram agressões físicas interpessoais e 902 foram perpetradas contra mulheres. Na faixa etária de 18 a 59 anos, foram atendidas 713 mulheres, sendo que dessas, 276 (38,9%) foram VPI (dados não mostrados).

Dentre essas mulheres, mais da metade tinha entre 25 e 39 anos de idade (50,4%; IC95%: 43,0 – 57,8), se autodeclarou da raça/cor da pele negra (70,2%; IC95%: 62,6 – 76,8) e não havia consumido bebida alcoólica nas seis horas anteriores à agressão (66,1%; IC95%: 60,2 – 71,6). Em relação ao agressor, 96,3% (IC95%: 93,0 – 98,1) eram no sexo masculino e em 65,3% (IC95%: 58,7 – 71,5) dos casos houve suspeita de consumo de bebida alcoólica (Tabela 1).

Sobre a VPI, a maioria ocorreu em residências (71,1%; IC95%: 63,8 – 77,5), foi perpetrada por força corporal (74,1%; IC95%: 67,9 – 79,5), atingiu a cabeça da vítima (50,0%; IC95%: 41,7 – 58,2) e teve gravidade leve (85,1%; IC95%: 80,0 – 89,2) (Tabela 2).

Na ACS, foram excluídas da análise final as seguintes categorias, dentro de cada variável: raça/cor da pele (outra); meio da lesão (outros meios); parte do corpo atingida (tronco, membros superiores e membros inferiores); tipo de lesão (sem lesão e outra lesão); sexo do agressor (feminino). Duas dimensões explicaram 86,8% da estrutura da variabilidade dos dados, sendo que a dimensão 1 contribuiu com 67,5% e a dimensão 2 contribuiu com 19,3% ($\chi^2 = 334,12$; valor-p <0,00) (Tabela 3).

As variáveis com maiores contribuições para a explicação da dimensão 1 foram: meio de agressão por objeto contundente (38,0%), raça/cor da pele branca (30,1%) e escolaridade, sendo até 08 anos de estudo com 23,3% e 09 ou mais anos com 26,1%. Já para a dimensão 2, tiveram maior contribuição a faixa etária de 18 a 24 anos (54,5%) e 40 a 59 anos (31,8%), além de consumo de álcool pela vítima (29,7%) (Tabela 4).

A partir da proximidade dos pontos na representação gráfica, foram encontrados 04 perfis. No Perfil 1, associaram-se as variáveis faixa etária de 25 a 39 anos, a raça/cor da pele branca, presença de atividade remunerada e lesão do tipo contusão. O perfil 2 teve a associação da faixa etária de 40 a 59 anos, escolaridade de até oito anos de estudo, consumo de álcool pela vítima e violência por meio de armas (branca e de fogo). O perfil 3 foi composto pelas mulheres com nove ou mais anos de estudo, que sofreram agressão por meio de força física e lesão do tipo trauma. Já o perfil 4 correspondeu às mulheres da faixa etária de 18 a 24 anos, raça/cor da pele negra, que não têm atividade remunerada, que sofreram agressão na via pública, a lesão tipo corte e lesões graves (Gráfico 1).

Discussão

O presente estudo com dados do VIVA Inquérito 2017 analisou 276 atendimentos de mulheres adultas vítimas de VPI do tipo agressão física. Na ACS, encontrou-se associação da faixa etária mais jovem, raça/cor da pele negra, ausência de atividade remunerada e agressões de maior gravidade (perfil 4); também foi vista associação da faixa etária mais velha, menor escolaridade, consumo de álcool pela vítima e uso de armas como meio da violência (perfil 2). Houve ainda associação da raça/cor da pele branca e atividade remunerada (perfil 1); além de associarem-se a maior escolaridade, violência por meio de força física e lesão tipo trauma (perfil 3).

Os achados gerais desse estudo mostram que a maioria das mulheres atendidas por VPI nos serviços de urgência e emergência era de raça/cor da pele negra, havia sofrido agressão na residência, por força física, tendo a cabeça como parte do corpo atingida e tendo sido perpetrada por um parceiro íntimo do sexo masculino e com suspeita de consumo de álcool. Esse achado é concordante com estudo anterior que analisou os atendimentos devidos à VPI nas capitais a partir dos dados do VIVA Inquérito de 2014⁵ e mostrou alta proporção de VPI em mulheres negras (70,0%) com idade entre 20 e 39 anos (66,0%) e que não tinham consumido álcool (78,1%). O estudo do VIVA Inquérito 2014 também encontrou uma maioria de VPI contra mulheres acontecendo na residência (69,6%), por meio de força física (70,9%), sendo perpetrada por agressor do sexo masculino (97,6%). É válido destacar que esse estudo analisou atendimentos de pessoas a partir de 12 anos, apesar de a definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) considerar VPI apenas para pessoas a partir dos 15 anos¹⁵. Um outro estudo⁴ utilizando dados do VIVA Inquérito 2011 analisou a violência doméstica e familiar e, mais uma vez, encontrou a residência como principal local de ocorrência (63,6%), assim como a força corporal como principal meio de agressão (60,7%).

A VPI pode ser considerada uma via de dominação masculina e os comportamentos violentos dos homens são reflexo de valores aprendidos social e culturalmente¹⁶. O fato de a violência ocorrer comumente dentro da residência é prova dessa estrutura machista, em que o parceiro se sente dono da mulher e com direito de exigir obediência dela, oprimindo-a através de atos violentos¹⁷. O uso da força física também conversa com essa ideia de dominação, já que a suposta superioridade física do homem é utilizada muitas vezes como justificativa para a naturalização do masculino como dominador¹⁸ e as agressões visando principalmente o rosto da mulher mostram uma forma de humilhação e poder¹⁹. Ainda nessa discussão, o consumo de álcool pelo agressor aparece como fator predisponente à VPI, atuando num processo de desinibição fisiológica, mas também como uma desculpa socialmente aceita para apresentar comportamentos violentos².

Nessa esteira, o presente estudo mostrou o perfil 3, composto por mulheres de maior escolaridade, sofrendo violência por meio de força física e trauma. A maior escolaridade está diretamente relacionada a maior autonomia financeira²⁰, o que, apesar de ser um facilitador para que a mulher consiga se desvencilhar de relacionamentos violentos, também eleva o risco de vitimização de maior gravidade², representada aqui pela lesão tipo trauma. A autonomia financeira muitas vezes é interpretada como transgressão dos padrões tradicionais de gênero e uma afronta à estrutura patriarcal da sociedade, o que geraria punição através da VPI²¹.

O patriarcado é entendido como uma estrutura socioeconômica baseada no poder paterno, em que a mulher não é apenas dominada pelo homem, mas também explorada por ele²². Assim, enquanto ao homem se reserva o papel de provedor e de potência decisória na participação pública/política da sociedade, a mulher tem seu papel circunscrito na esfera privada, devendo suprir as necessidades do homem e da prole, numa forma de desumanização da mesma¹⁸. Nessa visão, a supremacia masculina legítima que os homens controlem a sexualidade, o corpo e a autonomia das mulheres e a violência é a forma de manter esse poder²³.

Tanto quanto o patriarcado, outras formas de opressão também moldam a forma como a VPI ocorre e é percebida em uma sociedade. O presente estudo encontrou no perfil 4 a associação de mulheres mais jovens, raça/cor da pele negra, ausência de atividade remunerada e lesões de maior gravidade. Como contraponto, o perfil 1 associou a raça/cor da pele branca à presença de atividade remunerada. Apesar de a violência ocorrer de uma forma ampla e afetar mulheres de diversos contextos, é inegável que a VPI se distribui de maneira desigual na nossa sociedade e que as vulnerabilidades sociais também têm importante papel nesse agravo²⁴. Sabe-se que no Brasil a raça/cor da pele funciona como marcador de desvantagem social²⁵ e que pessoas da raça negra têm pior nível de saúde, educação e renda²⁶. Assim, a raça/cor da pele e

a renda são determinantes sociais e marcadores de iniquidade em saúde e essas vulnerabilidades podem estar associadas a maior risco de exposição à violência e inclusive episódios de violência mais grave⁷. Nessa perspectiva, estudo ecológico que utilizou o coeficiente médio padronizado da mortalidade feminina por agressão como marcador de feminicídio nos triênios de 2007-2009 e 2011-2013 concluiu que a VPI se associa a regiões com maior índice de homicídios masculinos e também que mulheres negras têm o dobro de chance de morrer por essa causa, em comparação com as mulheres brancas²⁷. Mais do que isso, a desigualdade de acesso a redes de proteção colocam essas mulheres em uma nova rota de violência, em que a falta de suporte social dificulta a quebra do ciclo de violência com o qual ela convive¹.

Ainda pensando na associação da violência com as desigualdades sociais, o presente estudo encontrou no perfil 2 a associação entre faixa etária mais velha, baixa escolaridade, consumo de álcool e agressão por meio de armas. Uma vez que mulheres mais velhas têm maior condição de se esquivarem de relacionamentos abusivos por terem maior possibilidade de acesso a recursos sociais e financeiros², é compreensível que aquelas que nele permanecem apresentem fatores de vulnerabilidade e inclusive características que possam associá-las a vivências mais violentas, como a baixa escolaridade. Além disso, os DSS também interferem nessa relação, já que comportamentos tidos como individuais, como maior consumo de álcool e permanência em relações violentas, são também influenciados pelo ambiente cultural, pressão dos pares e possibilidade de acesso à informação e renda⁷.

O presente estudo inovou ao utilizar uma metodologia pouco aplicada na área da Saúde¹². A ACS possibilita inserir diversas variáveis e representar de forma visual a associação entre os dados¹². Assim, mostrou-se potente ao estudar VPI por analisar a associação de diversas variáveis categóricas, criando perfis com características que devem ser analisadas conjuntamente para elencar hipóteses a serem posteriormente exploradas.

Essas informações podem ajudar na construção de Políticas Públicas específicas, como as voltadas para redução do consumo de álcool e desarmamento civil. Estudo conduzido na cidade de Sacramento, Califórnia, mostrou que o aumento de 01 bar por milha quadrada em uma região pode elevar em 3% a probabilidade de atendimentos por VPI nas unidades de emergência²⁸ e que o aumento de 01 estabelecimento com venda de bebidas alcoólicas gerou um aumento de 4% nas chamadas policiais relacionadas à VPI²⁹. Ainda nos Estados Unidos, um estudo do impacto de legislações sobre uso de armas no feminicídios por parceiro íntimo mostrou que estados com legislações mais restritivas consistentemente apresentaram menores índices desse crime³⁰. Na contramão de ações que possam prevenir a violência, o atual governo vem promovendo armamento civil no Brasil, com crescimento de 100,6% no total de registros

de posses de armas entre 2017 e 2020, o que pode aumentar o risco de mulheres que convivem com violência serem vítimas de feminicídio pelo parceiro íntimo³¹. Nesse cenário, é importante que estudos sistemáticos sejam feitos para monitorar os indicadores relacionados à VPI e apoiar discussões sobre o assunto que levem a ações de enfrentamento e prevenção dessa forma de violência.

Dentre as limitações desse estudo, destaca-se que a população de estudo se refere às mulheres atendidas em serviços de urgência e emergência do SUS de 23 capitais e alguns municípios do país. Assim, a amostragem é representativa da população atendida nesses serviços e não pode ser considerada de base populacional. Além disso, apesar de o SUS atender entre 70 e 80% da população do país, esse estudo não contempla pessoas atendidas nos serviços privados. Os achados do presente trabalho, portanto, não possuem validade externa, não podendo ser generalizados para a população brasileira e não permitindo estimar indicadores de ocorrência dos eventos. Outra limitação é o fato de as informações serem referidas pelos pacientes ou acompanhantes, estando sujeitas a erros de mensuração. No caso específico da VPI, os dados podem ser subestimados ou mal classificados como acidentes pelo risco de os pacientes ocultarem a real natureza de seu atendimento diante do estigma de tal ocorrência³².

Em conclusão, esse estudo mostrou que as mulheres adultas vítimas de VPI são em sua maioria negras, a ocorrência é principalmente na residência e com elevada proporção de consumo de álcool pelo agressor. Percebeu-se ainda diferentes perfis de VPI para mulheres de diferentes contextos sociodemográficos, sendo que mulheres de faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade distintas se associaram a diferentes fatores. Além disso, destaca-se que as lesões graves foram mais comuns em mulheres negras e de menor renda e que a VPI por meio de armas foi mais frequente entre mulheres com menor escolaridade. O enfrentamento à violência perpassa vários setores, como Saúde, Educação, Segurança Pública e Assistência social, e é necessário que as Políticas Públicas sejam desenvolvidas de forma integrada e articulada, uma vez que a coesão social e a criação de redes de apoio têm importante papel na busca da equidade em saúde. Ademais, é importante considerar os fatores sociodemográficos na construção dessas políticas e de estratégias de prevenção da VPI no Brasil, focando não apenas nas mulheres, mas também nos perpetradores da violência.

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

Conflito de interesses: Nada a declarar

Fonte de financiamento: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (MS). TED 66/2018.

Colaboração individual: Todas as autoras participaram da concepção e delineamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica e aprovaram a versão final submetida.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
2. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(supl.1):E200007.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas de violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP; 2019.
4. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica* 2016; 32(4):e00011415.
5. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica* 2018; 34(4):e00062317.
6. Coll CVN, Ewerling F, García-Moreno C, Hellwig F, Barros AJD. Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: An appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ Glob Health* 2020; 5(1):1–10.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77–93.
8. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saude Publica* 2018 Nov 29; 34(12):e00012818.
9. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1811–8.

10. Brasil. Ministério da Saúde. *Viva Inquérito 2017: Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência - capitais e municípios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
11. Minayo MCS, Franco S. Violence and Health. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* 2018.
12. Infantosi AFC, Costa JCGD, Almeida RMVR. Análise de Correspondência: Bases teóricas na interpretação de dados categóricos em ciências da saúde. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):473–86.
13. Malta DC, Bernal RTI, Lima CM, Cardoso LSM, Andrade FMD, Marcatto JO, Gawryszewski VP. Perfil dos casos de queimadura atendidos em serviços hospitalares de urgência e emergência nas capitais brasileiras em 2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(supl.1):E200005.
14. Gonçalves MT, Santos SR. Aplicação da Análise de Correspondência à Avaliação Institucional da FECILCAM. *IV Encontro Produção Científica e Tecnológica*; 2009 out 20-23; Campo Mourão, Brasil. Campo Mourão: FECILCAM/NUPEM, 2009.
15. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013.
16. Gomes RN, Balestero GS, Rosa LCF. Teorias da dominação masculina : uma análise crítica da violência de gênero para uma construção emancipatória. *Lib Rev Pesqui em Direito* 2016; 2(1):11–34.
17. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):18–34.
18. Santos RG, Moreira JG, Fonseca ALG, Gomes Filho ADS, Ifadireó MM. Violência contra a mulher à partir das teorias de gênero. *IDline Rev Psicol* 2019; 13(44):97–117.
19. Dourado SM, Noronha CV. Marcas visíveis e invisíveis: Danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Cien Saude Colet* 2015; 20(9):2911–20.
20. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(2):109–16.
21. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):299–311.
22. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad Pagu* 2001; (16):115–36.

23. Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Rev ESMESC* 2018; 25(31):239–64.
24. Sokoloff NJ, Dupont I. Domestic Violence at the Intersections of Race, Class, and Gender. *Violence Against Women* 2005; 11(1):38–64.
25. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface* 2009; 13(31):383–94.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Brasília: IBGE; 2019.
27. Meneghel SN, Rosa BAR, Cecon RF, Hirakata VN, Danilevicz IM. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2963–70.
28. Cunradi CB, Mair C, Ponicki W, Remer L. Alcohol Outlet Density and Intimate Partner Violence-Related Emergency Department Visits. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(5):847–53.
29. Cunradi CB, Mair C, Ponicki W, Remer L. Alcohol outlets, neighborhood characteristics, and intimate partner violence: Ecological analysis of a California City. *J Urban Health* 2011; 88(2):191–200.
30. Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. *Prev Med (Baltim)* 2019; 118:216–9.
31. Bueno S, Bohnenberger M, Sobral I. A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico. In: *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
32. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32(1):1–16.

Tabela 1. Características das mulheres adultas vítimas de violência física perpetrada por parceiro íntimo atendidas nos serviços de urgência e emergência e do provável autor da agressão (n = 276). VIVA INQUÉRITO - 2017.

Variáveis	Frequência ponderada	IC95%	
	%	Limite inferior	Limite superior
<i>Características da vítima</i>			
Faixa etária			
18 a 24 anos	24,6	18,7	31,7
25 a 39 anos	50,4	43,0	57,8
40 a 59 anos	25,0	19,1	32,0

Escolaridade			
Até 08 anos	46,4	40,3	52,6
09 anos ou mais	47,1	41,1	53,3
Ignorada	6,5	4,2	9,9
Raça/cor da pele			
Branca	24,6	18,9	31,3
Negra (Preta/parda)	70,2	62,6	76,8
Outras (amarela/indígena)	2,3	0,9	6,2
Ignorada	2,9	1,3	6,5
Consumo de álcool pela vítima			
Sim	31,9	26,5	37,8
Não	66,1	60,2	71,6
Ignorado	2,0	0,7	6,0
Atividade remunerada			
Sim	48,6	41,2	56,0
Não	48,6	41,5	55,7
Ignorada	2,8	1,4	5,6
<i>Características do provável agressor</i>			
Sexo			
Masculino	96,3	93,0	98,1
Feminino	3,7	1,9	7,0
Consumo de álcool pelo agressor			
Sim	65,3	58,7	71,5
Não	26,9	21,7	32,7
Ignorado	7,8	5,2	11,7

Tabela 2. Características da violência física contra mulheres adultas perpetrada por parceiro íntimo, atendidas nos serviços de urgência e emergência (n = 276). VIVA INQUÉRITO - 2017.

Variáveis	Frequência ponderada	IC95%	
	%	Limite inferior	Limite superior
Local da ocorrência			
Residência	71,1	63,8	77,5
Via pública	18,5	13,5	24,8
Outros	8,8	5,7	13,2
Ignorado	1,6	0,7	3,6
Meio de agressão			
Força corporal	74,1	67,9	79,5
Armas (branca / de fogo)	13,8	10,1	18,6
Objeto contundente	10,0	6,6	15,0
Outros	2,1	0,9	4,6
Parte do corpo atingida			
Cabeça	50,0	41,7	58,2
Tronco	7,8	4,9	12,3
Membros superiores	13,9	9,5	20,0

Membros inferiores	10,5	6,9	15,6
Múltiplos órgãos	11,4	7,5	16,8
Outras	6,4	3,2	12,5
Tipo de lesão			
Sem lesão	6,4	3,2	12,5
Contusão	41,2	34,6	48,1
Corte	32,9	26,6	39,8
Trauma	15,6	11,9	20,3
Outros	3,3	1,8	5,9
Ignorado	0,6	0,1	2,6
Gravidade da lesão			
Leve	85,1	80,0	89,2
Grave	13,6	9,7	18,6
Ignorada	1,3	0,6	2,8

Tabela 3. Dimensões e proporção da variância explicada na Análise de Correspondência. VIVA Inquérito 2017.

Dimensão	Valor singular	Inércia principal	χ^2^a	Variância explicada (% relativa)^b	Variância explicada (% acum)^c
Dimensão 1	0,1096727	0,0120281	225,37	67,45	67,45
Dimensão 2	0,0587028	0,0034460	64,57	19,32	86,78
Dimensão 3	0,0393937	0,0015519	29,08	8,70	95,48
Dimensão 4	0,0271364	0,0007364	13,80	4,13	99,61
Dimensão 5	0,0069975	0,0000490	0,92	0,27	99,88
Dimensão 6	0,0045717	0,0000209	0,39	0,12	100,00
Total		0,0178322	334,12	100,00	

a - resultado do teste χ^2 de Pearson; b - percentual relativo; c - percentual acumulado.

Nota: valor-p < 0,00 (resultado não mostrado na tabela).

Tabela 4. Massas e contribuições das características sociodemográficas da vítima, violência e agressor. VIVA Inquérito 2017.

Variáveis	Total	Contribuição		
		Dimensão 1	Dimensão 2	
Coluna	Massa			
Faixa etária	18 a 24 anos	0,082	0,082	0,545
	25 a 39 anos	0,177	0,035	0,016
	40 a 59 anos	0,087	0,008	0,318
Escolaridade	Até 08 anos	0,165	0,233	0,068
	09 ou mais anos	0,160	0,261	0,044
Raça/cor da pele	Branca	0,085	0,301	0,002
	Preta/parda	0,242	0,080	0,008
Linha				

Consumo de álcool pela vítima	Sim	0,042	0,009	0,297
Atividade remunerada	Sim	0,067	0,110	0,056
	Não	0,065	0,100	0,099
Local da agressão	Residência	0,097	0,002	0,000
	Via pública	0,025	0,001	0,082
	Outro	0,012	0,000	0,026
Meio da agressão	Força física	0,101	0,108	0,050
	Armas (branca/de fogo)	0,018	0,053	0,008
	Objeto contundente	0,013	0,380	0,045
Parte do corpo atingida	Cabeça	0,068	0,004	0,000
	Múltiplos órgãos	0,016	0,002	0,120
Tipo de lesão	Contusão	0,057	0,061	0,006
	Corte	0,044	0,162	0,025
	Trauma	0,021	0,001	0,007
Gravidade da lesão	Leve	0,116	0,001	0,001
	Grave	0,018	0,001	0,048
Sexo do agressor	Masculino	0,131	0,002	0,002
Suspeita de consumo de álcool pelo agressor	Sim	0,089	0,002	0,127

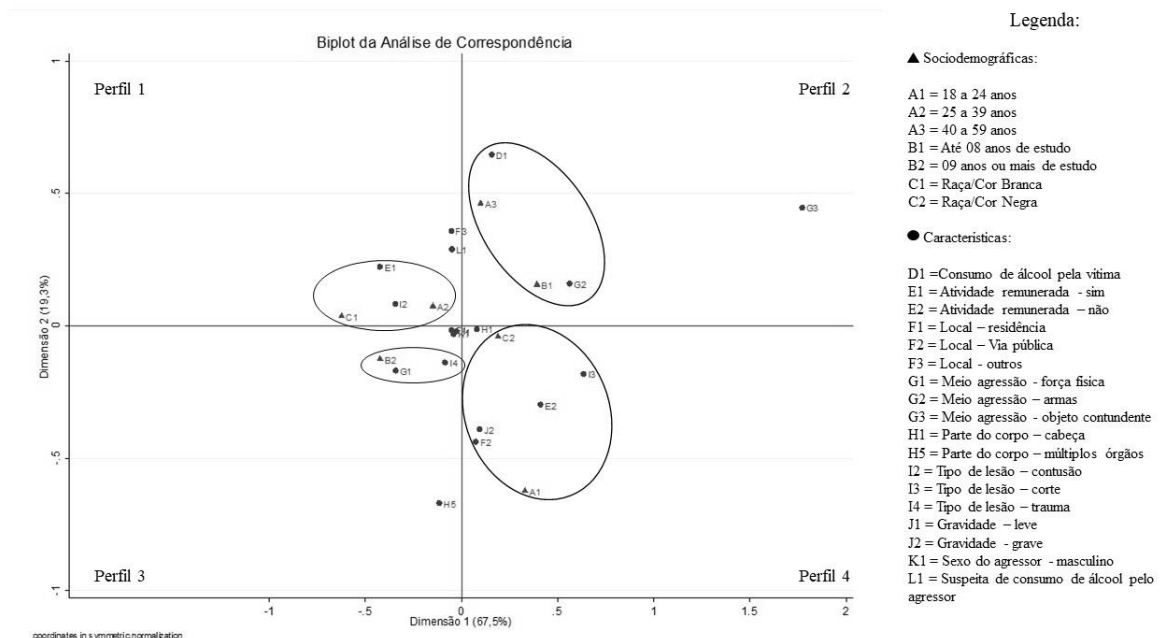


Figura 1: Biplot com os perfis da violência física contra as mulheres adultas por parceiro íntimo registradas no VIVA Inquérito 2017

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo analisou a ocorrência de violência por parceiro íntimo em mulheres adultas no Brasil. Por meio da análise da PNS 2019 e do VIVA Inquérito 2017, dois importantes inquéritos do país, foi possível estimar a prevalência da VPI, caracterizar essa violência, além de identificar alguns fatores associados a esse agravo.

Em ambos os inquéritos estudados, pôde-se observar iniquidades na distribuição da VPI contra as mulheres, sendo que as mulheres mais jovens, da raça/cor da pele negra e de menor status socioeconômico foram as mais acometidas. Na PNS, a maior prevalência de VPI esteve associada as mulheres mais novas e de menor renda. No VIVA Inquérito, as violências de maior gravidade estiveram associadas a mulheres mais jovens e sem atividade remunerada, assim como as mulheres de menor escolaridade estiveram associadas a violências com uso de armas. Ressalta-se também que as mulheres de raça/cor da pele negra (pretas e pardas) tiveram maior prevalência de VPI na PNS, assim como foram a maioria das mulheres atendidas nos serviços de saúde no VIVA Inquérito.

Ao estudar a temática da VPI por meio da análise de dois inquéritos diferentes, esse estudo foi capaz de abordar a VPI em diferentes contextos e contribuir com informações relevantes para o melhor entendimento desse agravo no país. Ressalta-se que a PNS e o VIVA Inquérito não são comparáveis, uma vez que têm amostragens e formas de coleta distintas, sendo a PNS um inquérito domiciliar de base populacional e o VIVA Inquérito, inquérito realizado nas portas de entrada da urgência de serviços públicos. Além disso, a abordagem aqui empregada propôs desfechos diferentes, de forma a estudar as diferentes faces da VPI. No entanto, as análises do presente estudo poderão auxiliar no desenvolvimento de Políticas Públicas em diferentes setores e direcionar as ações no enfrentamento à VPI em contextos diversos. Com isso, as políticas e ações poderão ser mais abrangentes e, ao mesmo tempo, sensíveis, de modo a contemplar as mulheres de todo o país, em suas especificidades e realidades distintas.

Assim, os resultados desse estudo permitem afirmar que é imprescindível o incremento de ações no enfrentamento da VPI no Brasil. Essas ações necessitam promover mudanças estruturais e culturais, para que haja enfrentamento do patriarcado e do machismo, bem como a desconstrução da realidade perversa que assola as mulheres do país. Além disso, é imperativo que sejam realizadas ações intersetoriais concretas por meio de um esforço conjunto para a melhoria do acesso das mulheres a condições materiais e sociais que as ajudem a garantir seu direito humano básico à vida e à dignidade.

REFERÊNCIAS

- ALLY, E. Z.; LARANJEIRA, R.; VIANA, M. C.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. et. al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 98–105, 2016. DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1798.
- ALVES, J. A. L. Direitos humanos: o significado político da conferência de Viena. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 32, p. 170–180, 1994. DOI: 10.1590/S0102-64451994000100009.
- ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C. N.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009. DOI: 10.1590/s1414-32832009000400012.
- BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239–264, 2018. DOI: 10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239.
- BARBIÉRI, L. F. Damares diz que na “concepção cristã” mulher deve ser “submissa” ao homem no casamento. **G1**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/04/16/damares-diz-que-em-sua-concepcao-crista-mulher-deve-ser-submissa-ao-homem-no-casamento.ghtml>.
- BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M.; ADAMS MENDOZA, J. **Violencia contra las mujeres en America Latina y el Caribe: Analisis comparativo de datos poblacionales de 12 paises**. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 2014. 198p.
- BOTT, S.; GUEDES, A.; RUIZ-CELIS, A. P.; MENDOZA, J. A. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, n. e26, 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.26.
- BRASIL. Decreto no 1.973, de 1o de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
- BRASIL. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. a.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.
- BRASIL. Lei 12.854, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. b.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.702, de 25 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 304p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva Inquérito 2017: Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência - capitais e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 22p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 116p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. 45p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114p.

BUENO, S.; BOHNENBERGER, M.; SOBRAL, I. A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico. *In: Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. p. 93–100.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006

BUVINIC, M.; MORRISON, A. **Violence as an obstacle to development**. Washington: Inter-American Development Bank, 1999. 08p.

CAZARRÉ, M. Ministra Damares fala contra aborto no Parlamento argentino. **Agência Brasil**, Montevideu, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-05/ministra-damares-fala-contraborto-no-parlamento-argentino>.

CHAN, K. L.; CHO, E. Y. A Review of Cost Measures for the Economic Impact of Domestic Violence. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 11, n. 3, p. 129–143, 2010. DOI: 10.1177/1524838010374371.

COLL, C. V. N.; EWERLING, F.; GARCÍA-MORENO, C.; HELLWIG, F.; BARROS, A. J. D. Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: An appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002208.

COLOSSI, P. M.; RAZERA, J.; HAACK, K. R.; FALCKE, D. Violência conjugal: prevalência e fatores associados. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 55–66, 2015. DOI: 10.4013/ctc.2015.81.06.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163–1178, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500007.

DAMONTI, P.; LEACHE, P. A. Las situaciones de exclusión social como factor de vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja: Desigualdades estructurales y relaciones de poder de género. **Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales**, v. 48, p. 205–230, 2020. DOI: /empiria.48.2020.28076.

DIEESE. **PEC 06/2019: as mulheres, outra vez, na mira da reforma da Previdência (Nota técnica 202)**. São Paulo: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2019. 23p.

FANSLOW, J. L.; GULLIVER, P.; DIXON, R.; AYALLO, I. Hitting Back: Women's Use of Physical Violence Against Violent Male Partners, in the Context of a Violent Episode. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 30, n. 17, p. 2963–2979, 2015. DOI: 10.1177/0886260514555010.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 49 a 60–60, 1998.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. São Paulo: FBSP, 2020. 332p.

FOX, G. L.; BENSON, M. L.; DEMARIS, A. A.; VAN WYK, J. Economic distress and intimate violence: testing family stress and resources theories. **Journal of Marriage and Family**, v. 64, n. 3, p. 793–807, 2002. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2002.00793.x.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C. H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, p. 1260–1269, 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v. 25, n. 3, p. 451–454, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000300001.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S.; SILVA, G. D. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. e00011415, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00011415.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00062317, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00062317.

GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F.; ALMEIDA NETO, H. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 138, p. 342–358, 2020. DOI: 10.1590/0101-6628.216.

GOMES, M. Q. C.; SILVA, Z. A.; SANTOS, C. R.; SARDENBERG, C. M. B. **Monitoramento da Lei Maria da Penha. Relatório preliminar de pesquisa**. Salvador: Observatório pela aplicação da Lei Maria da Penha, 2009.

GOMES, R. N.; BALESTERO, G. S.; ROSA, L. C. F. Teorias da dominação masculina : uma análise crítica da violência de gênero para uma construção emancipatória. **Libertas: Revista de Pesquisa em Direito**, v. 2, n. 1, p. 11–34, 2016.

GONÇALVES, M. T.; SANTOS, S. R. Aplicação da Análise de Correspondência à Avaliação Institucional da FECILCAM. **IV Encontro de Produção Científica e Tecnológica**, Campos Mourão: FECILCAM/NUPEM, 2009.

GOODMAN, L. A.; SMYTH, K. F.; BORGES, A. M.; SINGER, R. When crises collide: How intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? **Trauma, Violence, and Abuse**, v. 10, n. 4, p. 306–329, 2009. DOI: 10.1177/1524838009339754.

Governo corta verba de pasta que combate violência doméstica. **Confederação Nacional dos trabalhadores na saúde**, Brasil, 2020. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/governo-corta-verba-de-pasta-que-combate-violencia-domestica/>.

GREENACRE, M. Correspondence analysis in medical research. **Statistical Methods in Medical Research**, v. 1, n. 1, p. 97–117, 1992. DOI: 10.1177/096228029200100106.

HEISE, L. L. Violence against women: An integrated, ecological framework. **Violence Against Woman**, v. 4, p. 262–290, 1998. DOI: 10.1177/1077801298004003002.

HEISE, L. L.; KOTSADAM, A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. **The Lancet Global Health**, v. 3, p. e332–e340, 2015. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)00013-3.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. Análise de Correspondência: Bases teóricas na interpretação de dados categóricos em ciências da saúde. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 3, p. 473–486, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00128513.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Compare**. Seattle: University of Washington, 2020. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por sor ou raça no Brasil**. Informação Demográfica e Socioeconômica, v. 41. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. 12p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. a. 148p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Outras formas de trabalho: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. b.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. **World Economic Outlook: Global Manufacturing Downturn, Rising Trade Barriers**. Washington DC: IMF, 2019. 188p. DOI: 10.4135/9781412952613.n572.

IPEA; FSP. **Atlas de violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2019. 115p.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **The Lancet**, v. 359, p. 1423–1429, 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08357-5.

KRUG, E. G.; DAHLBER, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 351p.

LEITE, F. M. C.; LUIS, M. A.; AMORIM, M. H. C.; MACIEL, E. L. N.; GIGANTE, D. P. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190056, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190056.

LISBOA, M.; BARROSO, Z.; PATRÍCIO, J.; LEANDRO, A. **Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra Mulheres e Homens**. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade e Género, 2009. 182p.

LOPES, L. R. Violência Intrafamiliar: Suas Formas e Consequências. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 5, p. 161–173, 2021. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/violencia-intrafamiliar.

MACHADO, D. B.; PESCARINI, J. M.; ARAÚJO, L. F. S. C.; BARRETO, M. L. Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4385–4394, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.07422019.

MALTA, D. C.; MINAYO, M.C.S.; SOARES FILHO, A.M.; SILVA, M. M. A.; MONTENEGRO, M. M. S.; LADEIRA, R. M. et. al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 142–156, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050012.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, C. M.; CARDOSO, L. S. M.; ANDRADE, F. M. D.; MARCATTO, J. O.; GAWRYSZEWSKI, V. P. Perfil dos casos de queimadura atendidos em serviços hospitalares de urgência e emergência nas capitais brasileiras em 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. suppl 1, p. E200005, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200005.supl.1.

MALTA, D. C.; DUNCAN, B. B.; BARROS, M. B. A.; KATIKIREDDI, S. V.; SOUZA, F. M.; SILVA, A. G. et. al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3115–3122, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.25222018.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. suppl 1, p. 159–167, 2008. DOI: 10.1590/s1415-790x2008000500017.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar)**. Brasília: IPEA, 2015. 37p.

MASCARENHAS, M. D. M.; TOMAZ, G. R.; MENESES, G. M. S.; RODRIGUES, M. T. P.; PEREIRA, V. O. M.; CORASSA, R. B. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. suppl 1, p. E200007, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200007.supl.1.

MASSUDA, A.; TITTON, C.; MOYSÉS, S. T. Exploring challenges, threats and innovations in global health promotion. **Health Promotion International**, v. 34, n. S1, p. i37–i45, 2019. DOI: 10.1093/heapro/daz008.

MENEGHEL, S. N.; ROSA, B. A. R.; CECCON, R. F.; HIRAKATA, V. N.; DANILEVICZ, I. M. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2963–2970, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.22732015.

MENICUCCI, E. Casa da Mulher Brasileira começa a virar realidade. **Correio Braziliense**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/casa-da-mulher-brasileira-comeca-a-virar-realidade-artigo-2013-eleonora-menicucci>.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 65–78, 1993. DOI: 10.1590/s0102-311x1993000100007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132p.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1259–1267, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500015.

MINAYO, M. C. S.; FRANCO, S. Violence and Health. *In: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. London: Oxford University Press, 2018. p. 1–23. DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.32.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7–23, 1999. DOI: 10.1590/S1413-81231999000100002

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04962018.

MORAES, M. S. B.; CAVALCANTE, L. I. C.; PANTOJA, Z. C.; COSTA, L. P. Violência por Parceiro Íntimo: Características dos Envolvidos e da Agressão. **Psi Unisc**, v. 2, n. 2, p. 78–96, 2018. DOI: 10.17058/psiumisc.v2i2.11901.

MOREIRA, A. M.; CECCARELLI, P. R. Há múltiplas faces na violência por parceiro íntimo. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. s351–s354, 2016.

OLIVEIRA, M. G. S.; TERESI, V. M. Convenção da mulher: incorporação no Brasil e influência da sociedade civil. **Leopoldianum**, v. 43, n. 121, p. 151–170, 2017.

ONU MULHERES. **Diretrizes nacionais feminicídio: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília: Curadoria Enap, 2016. 127p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**. New York: ONU, 1979.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. suppl 1, p. 25–32, 1998. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000500011.

OXFAM BRASIL. **País Estagnado: Um Retrato das Desigualdades Brasileiras 2018**. São Paulo: OXFAM Brasil, 2018. 72p.

PEDRO, C. B.; GUEDES, O. S. As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, Londrina, GT2, p. 1–10, 2010.

PIMENTEL, S. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher: CEDAW 1979. *In: FROSSARD, Heloísa (org.). Instrumentos Internacionais de*

Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 13–32.

PINTO, I. V.; ANDRADE, S. S. A.; RODRIGUES, L. L.; SANTOS, M. A. S.; MARINHO, M. M. A.; BENÍCIO, L. A. et. al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, p. E200006, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200006.supl.1.

PINTO, L. S. S.; OLIVEIRA, I. M. P.; PINTO, E. S. S.; LEITE, C. B. C.; MELO, A. N.; DEUS, M. C. B. R. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1501–1508, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33272016.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKÉ-REIS, C. O.; MILLETT, C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002570.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R.; LOZANA, J. A.; FIGUEIREDO, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 2, p. 425–437, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000200020

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; JORGE, M. H. P. M.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. S. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 75–89, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60053-6.

RIVARA, F. P.; ANDERSON, M. L.; FISHMAN, P.; BONOMI, A. E.; REID, R. J.; CARRELL, D.; THOMPSON, R. S. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 32, n. 2, p. 89–96, 2007. DOI: 10.1016/j.amepre.2006.10.001.

ROSA, D. O. A.; RAMOS, R. C. S.; GOMES, T. M. V.; MELO, E. M.; MELO, V. H. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 67–80, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s405.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115–136, 2001. DOI: 10.1590/s0104-83332001000100007.

SANDOVAL, G. A.; MARINHO, F.; DELANEY, R.; PINTO, I. V.; LIMA, C. M. D.; COSTA, R. M. et. al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. **Public Health**, v. 179, p. 45–50, 2020. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.09.019.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de America Latina y el Caribe**, v. 16, n. 1, p. 147–164, 2005.

SANTOS, R. G.; MOREIRA, J. G.; FONSECA, A. L. G.; GOMES FILHO, A. S.; IFADIREÓ, M. M. Violência contra a mulher à partir das teorias de gênero. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 44, p. 97–117, 2019. DOI: 10.14295/online.v13i44.1476.

SANTOS, E. C.; MEDEIROS, L. A. Lei Maria da Penha: dez anos de conquista e muitos desafios. *In: XXIX Simpósio de História Nacional*. Brasília: Anais eletrônicos do XXIX Simpósio Nacional de História - contra os preconceitos: história e democracia, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 237–245, 2010. DOI: 10.1590/s1415-790x2010000200006.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S.; ALBUQUERQUE, F. P. Homens, masculinidade e violência: Estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 790–803, 2012. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000400011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797–807, 2007. DOI: 10.1590/s0034-89102007000500014.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3523–3532, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152011.11302014.

SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; RODRIGUES, E. M. S.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; MATOS, S. et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 57–64, 2007. DOI: 10.5123/S1679-49742007000100006.

SILVA, M. M. A.; MASCARENHAS, M. D. M.; LIMA, C. M.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, R. A.; FREITAS, M. G. et al. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiologia e serviços de saude**, v. 26, n. 1, p. 183–194, 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000100019.

SOKOLOFF, N. J.; DUPONT, I. Domestic Violence at the Intersections of Race, Class, and Gender. **Violence Against Women**, v. 11, n. 1, p. 38–64, 2005. DOI: 10.1177/1077801204271476.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; GOUVEA, E. C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020. DOI: 10.1590/s1679-49742020000500004.

SUDRÉ, L. A crise tem rosto de mulher: elas são as mais afetadas pela precarização no país. **Brasil de Fato**, São Paulo, 2020. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2020/03/08/a-crise-tem-rosto-de-mulher-precarizacao-e-desmonte-de-politicas-afetam-mais-elas>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A.; VIEIRA, M. L. F. P.; CONDE, W. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.14072012.

TRAN, T. D.; NGUYEN, H.; FISHER, J. Attitudes towards Intimate Partner Violence against Women among Women and Men in 39 Low- and Middle-Income Countries. **PLOS ONE**, v. 11, n. 11, p. e0167438, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0167438.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. New York: United Nations, 2015.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607–621, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400002.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? (Nota técnica 26)**. Brasília: IPEA, 2016.

VILA-NOVA, C. Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>.

VIOTTI, M. L. R. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. In: FROSSARD, Heloísa (org.). **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 147–258.

WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C.; REIS, C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. e00012818, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00012818.

WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1147–1153, 2007. DOI: 10.1590/s1413-81232006000500002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. FORTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Prevention of violence: public health priority**. Geneva: World Health Organization, 1996. p. 112

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts 2014**. World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2014.

YAKUBOVICH, A. R.; STÖCKL, H.; MURRAY, J.; MELENDEZ-TORRES, G. J.; STEINERT, J. I.; GLAVIN, Calla E. Y. et. al. Risk and protective factors for intimate partner

violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 7, p. e1–e11, 2018. DOI: 10.2105/AJPH.2018.304428.

YAPP, E.; PICKETT, K. E. Greater income inequality is associated with higher rates of intimate partner violence in Latin America. **Public Health**, v. 175, p. 87–89, 2019. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.07.004.

APÊNDICE A – SINTAXE DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

***** Violência por parceiro íntimo, PNS 2019 *****

*** Declarar o survey e estabelecer pesos

svyset UPA_PNS [pweight=V00291], strata(V0024) vce(linearized) singleunit(missing)

** Características sociodemográficas

*Sexo

label variable C006 "Sexo"

label define C006 1 "Masculino" 2 "Feminino"

label values C006 C006

*Faixa etária

label values C008 "Idade"

gen faixaetaria=.

replace faixaetaria=0 if C008 < 18

replace faixaetaria=1 if C008 >= 40 & C008 <=59

replace faixaetaria=2 if C008 >= 25 & C008 <=39

replace faixaetaria=3 if C008 >= 18 & C008 <=24

replace faixaetaria=4 if C008 >= 60

label define faixaetaria 0 "<18 anos" 1 "40 a 59 anos" 2 "25 a 39 anos" 3 "18 a 24 anos" 4 "60 anos ou mais"

label value faixaetaria faixaetaria

*Escolaridade

label variable VDD004A "Escolaridade"

gen escolaridade=.

replace escolaridade= 0 if VDD004A==7

replace escolaridade= 1 if VDD004A==5 | VDD004A==6

replace escolaridade= 2 if VDD004A==3 | VDD004A==4

replace escolaridade= 3 if VDD004A==1 | VDD004A==2

label define escolaridade 0 "Superior completo" 1 "Médio completo e superior incompleto" 2 "Fundamental completo e médio incompleto" 3 "Sem instrução e fundamental incompleto"

label value escolaridade escolaridade

*Raça/cor

label variable C009 "Raça/cor"

gen racacor=.


```

replace racacor= 0 if C009==1
replace racacor= 1 if C009==4
replace racacor= 2 if C009==2
replace racacor= 3 if C009==3 | C009==5
label define racacor 0 "Branca" 1 "Parda" 2 "Preta" 3 "Outros (indígena/amarela)"
label value racacor racacor

*Região
label variable V0001 "regiao"
gen regiao=.
replace regiao=1 if V0001==41 | V0001==42 | V0001==43
replace regiao=2 if V0001==11 | V0001==12 | V0001==13 | V0001==14 | V0001==15 |
V0001==16 | V0001==17
replace regiao=3 if V0001==50 | V0001==51 | V0001==52 | V0001==53
replace regiao=4 if V0001==31 | V0001==32 | V0001==33 | V0001==35
replace regiao=5 if V0001==21 | V0001==22 | V0001==23 | V0001==24 | V0001==25 |
V0001==26 | V0001==27 | V0001==28 | V0001==29
label define regiao 1 "Sul" 2 "Norte" 3 "Centro-oeste" 4 "Sudeste" 5 "Nordeste"
label values regiao regiao

*Renda
label variable VDF004 "Renda"
gen renda=.
replace renda=0 if VDF004==7
replace renda=1 if VDF004==6
replace renda=2 if VDF004==4 | VDF004==5
replace renda=3 if VDF004==1 | VDF004==2 | VDF004==3
label define renda 0 "5 ou mais SM" 1 "3 a 5 SM" 2 "1 a 3 SM" 3 "Até 1 SM"
label value renda renda

**Módulo V – Violências
*Violência psicológica
label variable V00201 "Nos últimos doze meses, alguém: Te ofendeu, humilhou ou
ridicularizou na frente de outras pessoas?"
label define V00201 1 "Sim" 2 "Não"
label values V00201 V00201
label variable V00202 "Nos últimos doze meses, alguém: Gritou com você ou te xingou?"

```

label define V00202 1 "Sim" 2 "Não"

label values V00202 V00202

label variable V00203 "Nos últimos doze meses, alguém: Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?"

label define V00203 1 "Sim" 2 "Não"

label values V00203 V00203

label variable V00204 "Nos últimos doze meses, alguém: Te ameaçou de ferir ou machucar alguém importante para você?"

label define V00204 1 "Sim" 2 "Não"

label values V00204 V00204

label variable V00205 "Nos últimos doze meses, alguém: Destruiu alguma coisa sua de propósito?"

label define V00205 1 "Sim" 2 "Não"

label values V00205 V00205

label variable V006 "VP. Quem fez isso com você? (Se mais de uma pessoa, defina o principal agressor)"

label define V006 01 "Cônjuge ou companheiro/a" 02 "Ex-cônjuge ou ex-companheiro/a" 03 "Parceiro/a, namorado/a, ex-parceiro/a, ex-namorado/a" 04 "Pai, mãe, padrasto ou madrasta" 05 "Filho/a, enteado/a" 06 "Irmão/a" 07 "Outro parente" 08 "Amigo/colega, vizinho/a" 09 "Empregado/a em geral" 10 "Patrão/patroa/chefe" 11 "Pessoa desconhecida" 12 "Policial" 13 "Outro"

label values V006 V006

*Violência física

label variable V01401 "Nos últimos doze meses, alguém: Te deu um tapa ou uma bofetada?"

label define V01401 1 "Sim" 2 "Não"

label values V01401 V01401

label variable V01402 "Nos últimos doze meses, alguém: Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?"

label define V01402 1 "Sim" 2 "Não"

label values V01402 V01402

label variable V01403 "Nos últimos doze meses, alguém: Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo?"

label define V01403 1 "Sim" 2 "Não"

label values V01403 V01403

label variable V01404 "Nos últimos doze meses, alguém: Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?"

label define V01404 1 "Sim" 2 "Não"

label values V01404 V01404

label variable V01405 "Nos últimos doze meses, alguém: Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?"

label define V01405 1 "Sim" 2 "Não"

label values V01405 V01405

label variable V018 "VF. Quem fez isso com você? (Se mais de uma pessoa, defina o principal agressor)"

label define V018 01 "Côjuge ou companheiro/a" 02 "Ex-cônjuge ou ex-companheiro/a" 03 "Parceiro/a, namorado/a, ex-parceiro/a, ex-namorado/a" 04 "Pai, mãe, padrasto ou madrasta" 05 "Filho/a, enteado/a" 06 "Irmão/a" 07 "Outro parente" 08 "Amigo/colega, vizinho/a" 09 "Empregado/a em geral" 10 "Patrão/patroa/chefe" 11 "Pessoa desconhecida" 12 "Policial" 13 "Outro"

label values V018 V018

*Violência sexual

label variable V02701 "Nos últimos doze meses, alguém: tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade"

label define V02701 1 "Sim" 2 "Não"

label values V02701 V02701

label variable V02702 "Nos últimos doze meses, alguém: Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?"

label define V02702 1 "Sim" 2 "Não"

label values V02702 V02702

label variable V032 "VS. Quem fez isso com você? (Se mais de uma pessoa, defina o principal agressor)"

label define V032 01 "Côjuge ou companheiro/a" 02 "Ex-cônjuge ou ex-companheiro/a" 03 "Parceiro/a, namorado/a, ex-parceiro/a, ex-namorado/a" 04 "Pai, mãe, padrasto ou madrasta" 05 "Filho/a, enteado/a" 06 "Irmão/a" 07 "Outro parente" 08 "Amigo/colega, vizinho/a" 09 "Empregado/a em geral" 10 "Patrão/patroa/chefe" 11 "Pessoa desconhecida" 12 "Policial" 13 "Outro"

label values V032 V032

****Gerando variáveis desfecho

***Violência Psicológica

gen psicologica =.

replace psicologica =0 if V00201==2 & V00202==2 & V00203==2 & V00204==2 & V00205==2

replace psicologica =1 if V00201==1 | V00202==1 | V00203==1 | V00204==1 | V00205==1

label define psicologica 1 "Sim" 0 "Não"

label values psicologica psicologica

**Agressor parceiro íntimo

gen agressor_psi =.

replace agressor_psi =1 if V006==01 | V006==02 | V006==03

replace agressor_psi =2 if V006==04 | V006==05 | V006==06 | V006==07 | V006==08 | V006==09 | V006==10 | V006==11 | V006==12 | V006==13

label define agressor_psi 1 "Parceiro íntimo" 2 "Outros"

label values agressor_psi agressor_psi

**Violência psicológica por parceiro íntimo

gen psi_vpi =.

replace psi_vpi =0 if psicologica==0 | psicologica==1 & agressor_psi==2

replace psi_vpi =1 if psicologica==1 & agressor_psi==1

label define psi_vpi 0 "Não" 1 "Sim"

label values psi_vpi psi_vpi

***Violência Física

gen fisica =.

replace fisica =0 if V01401==2 & V01402==2 & V01403==2 & V01404==2 & V01405==2

replace fisica =1 if V01401==1 | V01402==1 | V01403==1 | V01404==1 | V01405==1

label define fisica 1 "Sim" 0 "Não"

label values fisica fisica

**Agressor parceiro íntimo

gen agressor_fisica =.

replace agressor_fisica =1 if V018==01 | V018==02 | V018==03

replace agressor_fisica =2 if V018==04 | V018==05 | V018==06 | V018==07 | V018==08 | V018==09 | V018==10 | V018==11 | V018==12 | V018==13

label define agressor_fisica 1 "Parceiro íntimo" 2 "Outros"

label values agressor_fisica agressor_fisica

**Violência física por parceiro íntimo

```

gen fisica_vpi =.
replace fisica_vpi =0 if fisica==0 | fisica==1 & agressor_fisica==2
replace fisica_vpi =1 if fisica==1 & agressor_fisica==1
label define fisica_vpi 0 "Não" 1 "Sim"
label values fisica_vpi fisica_vpi

***Violência Sexual

gen sexual =.
replace sexual =0 if V02701==2 & V02702==2
replace sexual =1 if V02701==1 | V02702==1
label define sexual 1 "Sim" 0 "Não"
label values sexual sexual

**Agressor parceiro íntimo

gen agressor_sexual =.
replace agressor_sexual =1 if V032==01 | V032==02 | V032==03
replace agressor_sexual =2 if V032==04 | V032==05 | V032==06 | V032==07 | V032==08 |
V032==09 | V032==10 | V032==11 | V032==12 | V032==13
label define agressor_sexual 1 "Parceiro íntimo" 2 "Outros"
label values agressor_sexual agressor_sexual

**Violência sexual por parceiro íntimo

gen sexual_vpi =.
replace sexual_vpi =0 if sexual==0 | sexual ==1 & agressor_sexual==2
replace sexual_vpi =1 if sexual==1 & agressor_sexual==1
label define sexual_vpi 0 "Não" 1 "Sim"
label values sexual_vpi sexual_vpi

***Violência total

gen totalidade =.
replace totalidade =0 if psicologica==0 & fisica==0 & sexual==0
replace totalidade =1 if psicologica==1 | fisica==1 | sexual==1
label define totalidade 1 "Sim" 0 "Não"
label values totalidade totalidade

**Violência total por parceiro íntimo

gen total_vpi =.
replace total_vpi =0 if psi_vpi==0 | fisica_vpi==0 | sexual_vpi==0
replace total_vpi =1 if psi_vpi==1 | fisica_vpi==1 | sexual_vpi==1

```

label define total_vpi 0 "Não" 1 "Sim"

label values total_vpi total_vpi

***Criando subpopulação

**Mulheres entre 18 e 59 anos

gen subpop = C006==2 & C008>=18 & C008<60 & M001==1

**Mulheres entre 18 e 59 anos que sofreram VPI

gen subpop_vpi = C006==2 & C008>=18 & C008<60 & M001==1 & total_vpi==1

***Análises estatística

**Descritiva características sociodemográficas e violências TABELA 1

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate faixaetaria, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate escolaridade, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate racacor, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate renda, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate regioao, ci

** Descritiva tipos de violência FIGURA 1

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate psi_vpi, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate fisica_vpi, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate sexual_vpi, ci

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate total_vpi, ci

**Prevalências e RP de VPI totalidade segundo caracterísitcas sociodemagráficas TABELA 2

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate faixaetaria total_vpi, row ci pearson

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria, irr

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate escolaridade total_vpi, row ci pearson

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.escolaridade, irr

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate racacor total_vpi, row ci pearson

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.racacor, irr

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate regioao total_vpi, row ci pearson

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.regiao, irr

svy linearized, subpop(subpop) : tabulate renda total_vpi, row ci pearson

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.renda, irr

**RP ajustada - TABELA 3

*Manter apenas variáveis com ao menos uma categoria com $p < 0,20$ **Acrescentar variáveis uma a uma e manter as que permanecem com ao menos uma categoria com $p < 0,05$

svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria , irr

```
svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria i.escolaridade , irr
svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria i.escolaridade i.racacor , irr
svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria i.escolaridade i.regiao , irr
svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria i.escolaridade i.renda, irr
svy linearized, subpop(subpop) : poisson total_vpi i.faixaetaria i.renda, irr
```

***** Violência física por parceiro íntimo, VIVA Inquérito 2017 *****

*****Especificar quais variáveis se quer manter no banco de dados

```
keep if TP_OCOR == 6
```

```
keep if TP_VIOL ==1
```

```
keep if AGRESSOR ==2
```

```
drop if SEXO_AGR ==3
```

****Características da vítima

***Sexo

```
gen sex = SEXO
```

```
tab sex
```

```
label define sex 1 "masculino" 2 "feminino"
```

```
label values sex sex
```

```
tab sex , miss
```

```
keep if sex == 2
```

***Faixa etária

```
gen fx_etaria =.
```

```
replace fx_etaria =1 if IDADE <=17
```

```
replace fx_etaria =2 if IDADE >=18 & IDADE <=24
```

```
replace fx_etaria =3 if IDADE >=25 & IDADE <=39
```

```
replace fx_etaria =4 if IDADE >=40 & IDADE <=59
```

```
replace fx_etaria =5 if IDADE >=60
```

```
la de fx_etaria 1 "menor 18" 2 "18 a 24" 3 "25 a 39" 4 "40 a 59" 5 "acima 60"
```

```
la val fx_etaria fx_etaria
```

```
keep if fx_etaria >=2
```

```
keep if fx_etaria <=4
```

***Escolaridade

```
gen escolaridade =.
```

```
replace escolaridade =1 if ESCOLAR <=3
```

```

replace escolaridade =2 if ESCOLAR ==4 | ESCOLAR ==5
replace escolaridade =3 if ESCOLAR ==9 |ESCOLAR ==.
la de escolaridade 1 "Até 08 anos" 2 "09 anos ou mais" 3 "ignorada"
la val escolaridade escolaridade

***Raça
gen cor =.
replace cor = 1 if RACA ==1
replace cor = 2 if RACA ==2 | RACA ==4
replace cor = 3 if RACA ==3 | RACA ==5
replace cor = 4 if RACA ==9 | RACA ==.
la de cor 1 "branca" 2 "preta/parda" 3 "outras" 4 "Ignorada"
la val cor cor

***Uso de alcool vitima
gen alcool =.
replace alcool =1 if ALCOOL_VIT ==1
replace alcool =2 if ALCOOL_VIT ==2
replace alcool =3 if ALCOOL_VIT ==9 | ALCOOL_VIT ==.
label define alcool 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorado"
label values alcool alcool

***Atividade remunerada
gen atv_remun =.
replace atv_remun =1 if ATIV_REMUN ==1
replace atv_remun =2 if ATIV_REMUN ==2
replace atv_remun =3 if ATIV_REMUN ==9 | ATIV_REMUN ==.
label define atv_remun 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorado"
label values atv_remun atv_remun

****Características da violência

***Local de ocorrência
gen local =.
replace local =1 if LOC_OCOR ==1 | LOC_OCOR ==2
replace local =2 if LOC_OCOR ==6
replace local =3 if LOC_OCOR ==3 | LOC_OCOR ==4 | LOC_OCOR ==5 | LOC_OCOR ==7
| LOC_OCOR ==8 | LOC_OCOR ==9
replace local =4 if LOC_OCOR ==99 | LOC_OCOR ==.

```



```

label define local 1 "residencia" 2 "viapublica" 3 "outros" 4 "ignorado"
label values local local
***Meio de violência
gen meio_violen =.
replace meio_violen =1 if MEIO_VIOL ==1
replace meio_violen =2 if MEIO_VIOL ==2 | MEIO_VIOL ==3
replace meio_violen =3 if MEIO_VIOL ==4
replace meio_violen =4 if MEIO_VIOL ==5 | MEIO_VIOL ==6 | MEIO_VIOL ==7 |
MEIO_VIOL ==8
replace meio_violen =5 if MEIO_VIOL ==88| MEIO_VIOL ==99 | MEIO_VIOL ==.
label define meio_violen 1 "forca" 2 "armas" 3 "contundente" 4 "outros" 5 "ignorado"
label values meio_violen meio_violen
***Parte do corpo atingida
gen part_corpo =.
replace part_corpo =1 if CORPO ==1 | CORPO ==2 | CORPO ==3
replace part_corpo =2 if CORPO ==4 | CORPO ==5 | CORPO ==6 | CORPO ==9
replace part_corpo =3 if CORPO ==7
replace part_corpo =4 if CORPO ==8
replace part_corpo =5 if CORPO ==10
replace part_corpo =6 if CORPO ==99 | CORPO ==99 | CORPO ==.
label define part_corpo 1 "cabeça" 2 "tronco" 3 "membros sup" 4 "membros inf" 5 "mult_org"
6 "ignorado"
label values part_corpo part_corpo
***Tipo de lesão
gen tp_lesao =.
replace tp_lesao = 1 if LESAO ==1
replace tp_lesao = 2 if LESAO ==2 | LESAO ==4
replace tp_lesao = 3 if LESAO ==3
replace tp_lesao = 4 if LESAO ==5 | LESAO ==6 | LESAO ==7 | LESAO ==8 | LESAO ==9
replace tp_lesao = 5 if LESAO ==10 | LESAO ==11 | LESAO ==12
replace tp_lesao = 6 if LESAO ==99 | LESAO ==.
label define tp_lesao 1 "sem lesao" 2 "contusão" 3 "corte" 4 "trauma" 5 "outra" 6 "ignorado"
label values tp_lesao tp_lesao
***Gravidade da lesão

```

```

gen gravidade=.
replace gravidade=0 if EVOLUCAO==1 | EVOLUCAO==4
replace gravidade=1 if EVOLUCAO==2 | EVOLUCAO==3 | EVOLUCAO==5
replace gravidade=2 if EVOLUCAO==9 | EVOLUCAO ==.
la de gravidade 0 "leve" 1 "grave" 2 "ignorado"
la val gravidade gravidade
****Características do agressor
***Sexo do agressor
gen sex_agr =.
replace sex_agr =1 if SEXO_AGR ==1
replace sex_agr =2 if SEXO_AGR ==2
replace sex_agr =3 if SEXO_AGR ==3
replace sex_agr =4 if SEXO_AGR ==9 | SEXO_AGR ==.
label define sex_agr 1 "masculino" 2 "feminino" 3 "ambos" 4 "ignorado"
label values sex_agr sex_agr
***Uso de álcool agressor
gen agr_alcool =.
replace agr_alcool =1 if ALCOOL_AGR ==1
replace agr_alcool =2 if ALCOOL_AGR ==2
replace agr_alcool =3 if ALCOOL_AGR ==8 | ALCOOL_AGR ==9 | ALCOOL_AGR ==.
label define agr_alcool 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorado"
label values agr_alcool agr_alcool
****Análises estatísticas descritivas
****Características vítima e agressor TABELA 1
svy linearized : tabulate fx_etaria, miss ci percent
svy linearized : tabulate escolaridade, miss ci percent
svy linearized : tabulate cor , miss ci percent
svy linearized : tabulate alcool , miss ci percent
svy linearized : tabulate atv_remun , miss ci percent
svy linearized : tabulate sex_agr , miss ci percent
svy linearized : tabulate agr_alcool , miss ci percent
****Características violência TABELA 2
svy linearized : tabulate local, miss ci percent
svy linearized : tabulate meio_violen, miss ci percent

```

svy linearized : tabulate part_corpo, miss ci percent

svy linearized : tabulate tp_lesao , miss ci percent

svy linearized : tabulate gravidade , miss ci percent

*****Análise de Correspondência Simples (ACS)

****Manter no banco as variáveis codificadas:

****Gerar frequência considerando o peso de pós-estratificação

***Repetir os comandos para abrir a base e pra gerar a variável sempre antes de rodar o collapse.

***faixa etária

gen aux=1

collapse (sum) aux [pw= peso], by (alcool fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (atv_remun fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (local fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (meio_violen fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (part_corpo fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (tp_lesao fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (gravidade fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (sex_agr fx_etaria)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (agr_alcool fx_etaria)

***escolaridade

gen aux=1

collapse (sum) aux [pw= peso], by (alcool escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (atv_remun escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (local escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (meio_violen escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (part_corpo escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (tp_lesao escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (gravidade escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (sex_agr escolaridade)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (agr_alcool escolaridade)

***raça/cor

gen aux=1

collapse (sum) aux [pw= peso], by (alcool cor)

collapse (sum) aux [pw= peso], by (atv_remun cor)

```

collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( local cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_violen cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( part_corpo cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tp_lesao cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( gravidade cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( sex_agr cor)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( agr_alcool cor)
***** A análise
****Alterar label das variáveis
label define Demográfico 1 "A1" 2 "A2" 3 "A3" 4 "B1" 5 "B2" 6 "C1" 7 "C2" 8 "C3"
la val Demográfico Demográfico
la de Características 9 "D1" 10 "E1" 11 "E2" 12 "F1" 13 "F2" 14 "F3" 15 "G1" 16 "G2" 17
"G3" 18 "G4" 19 "H1" 20 "H2" 21 "H3" 22 "H4" 23 "H5" 24 "I1" 25 "I2" 26 "I3" 27 "I4" 28
"I5" 29 "J1" 30 "J2" 31 "K1" 32 "K2" 33 "L1"
la val Características Características
****Rodar ACS:
ca Características Demográfico [fweight = frequência], dimensions(2)
***EXCLUIR CATEGORIAS COM MASSA < 1,0
drop if Demográfico == 8
drop if Características == 18
drop if Características == 24
drop if Características == 28
drop if Características == 32
***Rodar o modelo de novo:
ca Características Demográfico [fweight = frequência], dimensions(2)
***EXCLUIR VARIÁVEIS COM CONTRIBUIÇÃO SEMELHANTE EM AMBAS
DIMENSÕES E MASSA <2,0
drop if Características == 20
drop if Características == 21
drop if Características == 22
***Rodar o modelo de novo - TABELAS 3 e 4
ca Características Demográfico [fweight = frequência], dimensions(2)
***Gráfico - FIGURA 1
cabiplot , legend(off) xline(0) yline(0) scale(.5)

```

ANEXO A

REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA
BRAZILIAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY

Ref. 7390-21

São Paulo, 24 de junho de 2021.

Ilma. Sra.

Nádia Machado de Vasconcelos

Programa de pós-graduação em Saúde Pública

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Ref.: RBEPID-2021-0293

Prezada colaboradora,

Vimos comunicar a V.Sa. o resultado da apreciação do trabalho de sua autoria, intitulado "Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019".

A Editoria Científica aprovou o trabalho, após reformulação.

Agradecendo a valiosa atenção e colaboração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Editoria Científica