

Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda

Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women

Efecto de la violencia física en la pareja y el índice de masa corporal en mujeres adultas pertenecientes a la población con bajos ingresos

Marcela de Freitas Ferreira ¹
 Claudia Leite de Moraes ^{1,2}
 Michael Eduardo Reichenheim ¹
 Eliseu Verly Junior ¹
 Emanuele Souza Marques ¹
 Rosana Salles-Costa ³

Abstract

The aim of this study was to evaluate if intimate physical partner violence interferes with the nutritional status of adult women with different levels of body mass index (BMI). It is a population-based cross-sectional study with 625 women who reported having an intimate relationship in the last 12 months. The study population was selected through a multistage cluster complex sample. Information on the occurrence of intimate physical partner violence were obtained through the Revised Conflict Tactics Scales and nutritional status by BMI in kg/m². To assess the effect of intimate physical partner violence at all percentiles of the distribution of the BMI, we used a quantile regression model. The intimate physical partner violence occurred in 27.6% (95%CI: 20.0; 35.2) of these women; and the mean BMI was 27.9kg/m² (95%CI: 27.1; 28.7). The results showed that the presence of intimate physical partner violence relationship was negatively associated with BMI between 25 and 85 percentiles of the distribution of BMI values, corresponding to 22.9 and 31.2kg/m² BMI. These findings support previous studies indicating that intimate physical partner violence can reduce BMI in low-income women.

Domestic Violence; Violence Against Women; Nutritional Status

Resumo

O objetivo do artigo foi avaliar se a violência física entre parceiros íntimos interfere no estado nutricional de mulheres adultas com diferentes níveis de índice de massa corporal (IMC). Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 625 mulheres selecionadas por uma amostragem complexa por conglomerados em múltiplos estágios. As informações sobre a violência física entre parceiros íntimos foram obtidas por meio do Revised Conflict Tactics Scales. O estado nutricional foi avaliado pelo IMC em kg/m². Para avaliar o efeito independente da violência física entre parceiros íntimos em diferentes percentis da distribuição do IMC, utilizou-se o modelo de regressão quantílica multivariado. A violência física entre parceiros íntimos ocorreu em 27,6% (IC95%: 20,0; 35,2%) das mulheres e a média do IMC foi de 27,9kg/m² (IC95%: 27,1; 28,7%). Os resultados indicam que a presença da violência física entre parceiros íntimos associou-se negativamente ao IMC em mulheres com valores entre os percentis 25 e 85 de sua distribuição, que correspondem aos valores 22,9 e 31,2kg/m². Os resultados corroboram estudos anteriores que indicam que a violência física entre parceiros íntimos pode reduzir o IMC em mulheres de baixa renda.

Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Estado Nutricional

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

C. L. Moraes
 Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá.
 Rua do Riachuelo 27, Rio de Janeiro, RJ 20230-010, Brasil.
 clmoraes@ims.uerj.br

Introdução

A violência entre parceiros íntimos é uma violação dos direitos humanos e uma das principais formas de violência interpessoal¹. Foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, como “qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte de uma relação íntima e incluem atos de agressão física, abuso psicológico, coerção sexual e comportamentos controladores”¹ (p. 89). É um fenômeno universal, possuindo uma complexa rede de fatores de risco e consequências específicas para a saúde de suas vítimas. A violência entre parceiros íntimos tem chamado cada vez mais a atenção do setor saúde, ocupando um crescente lugar de destaque na agenda de políticas públicas e nas discussões de instituições não governamentais^{1,2,3}.

A prevalência da violência entre parceiros íntimos é elevada em todo o mundo. Estudo multicêntrico da OMS, realizado em 15 regiões de dez diferentes países, dentre eles o Brasil⁴, aponta que o problema atinge entre 13 e 61% das mulheres, estando essas estimativas entre 23 e 49% na maior parte dos países. Segundo os autores, entre 4 e 49% das mulheres entrevistadas relataram já terem sido vítimas de violência física grave por parte de seus companheiros atuais ou passados. No Brasil, 27,2% das mulheres da cidade de São Paulo e 33,7% da região da Zona da Mata de Pernambuco relataram ter sido vítimas de violência física alguma vez na vida⁵, sendo que na maior parte das situações, tais atos não haviam ocorrido de forma isolada, mas como parte de um padrão de abuso contínuo⁴. O primeiro inquérito nacional de base populacional que estudou as estratégias utilizadas pelos casais para resolver os conflitos do cotidiano em 16 capitais brasileiras e o Distrito Federal no ano de 2002/2003 estimou prevalências de 21,5 e 12,9% de abusos físicos menores e abusos físicos graves no casal, respectivamente, nos 12 meses anteriores à entrevista⁶. Quando se considerou apenas a violência física perpetrada contra a mulher, especialmente a violência física grave, nota-se que ela é mais frequente nas regiões Norte e Nordeste brasileiras e em famílias com menor renda e escolaridade⁷.

A violência entre parceiros íntimos é responsável por sérias consequências que ocorrem tanto no âmbito individual, trazendo agravos à saúde física e mental das vítimas, quanto no âmbito familiar e social^{7,8,9,10}. Desde o início da última década, estudos têm investigado uma possível associação entre vivenciar situações de violência familiar e o estado nutricional de indivíduos. Essa literatura tem se concentrado especialmente na

violência, ocorrendo na infância ou adolescência e sua repercussão nesses mesmos períodos ou na vida adulta. Apesar de ainda escassos, os achados apontam uma relação positiva entre violência e sobrepeso/obesidade^{11,12,13}. O principal pressuposto dessas investigações é que tanto a vivência de situações de abuso contra si próprio, como o testemunho da violência entre parceiros íntimos na infância e na adolescência desencadeariam uma série de agravos à saúde mental, que por sua vez culminariam em um consumo excessivo de alimentos de alta densidade energética e redução da atividade física, estilos de vida que podem perdurar até a vida adulta^{13,14}.

Na mesma linha de entendimento, esperase-ia que, por extensão, a violência entre parceiros íntimos vivenciada na idade adulta também mostrasse esse perfil, associando-se positivamente ao sobrepeso e obesidade em mulheres. No entanto, não é isso que a literatura específica sobre a relação entre violência entre parceiros íntimos e estado nutricional nos mostra. Somente um dos quatro estudos detectados sobre o tema corrobora esse quadro. O estudo conduzido no Egito em 2011 que envolveu 5.015 mulheres (*Egypt Demographic and Health Survey*)¹⁴ indica que somente se associam à obesidade as formas mais graves em que, simultaneamente, há violência psicológica, física e sexual. Os demais estudos, ao contrário, ou indicam ausência de qualquer relação, ou que a violência entre parceiros íntimos vivenciada leva ao baixo peso (desnutrição/magreza). Uma pesquisa recente realizada nos Estados Unidos encerrando uma amostra de 1.449 mulheres sugere não haver associação significativa entre o índice de massa corporal (IMC) e a violência entre parceiros íntimos, assim como entre esta e a prática de atividade física¹⁵. Já os dois estudos que associaram violência entre parceiros íntimos ao baixo peso foram conduzidos na Índia. O primeiro estudo focalizou mulheres (n = 747) de comunidades rurais e tribais carentes no sul da Índia, ligando positivamente o baixo peso ao abuso psicológico e à coerção sexual¹⁶. O outro, baseado no *Indian National Family Health Survey*, e abarcando 69.072 mulheres, mostra uma relação positiva entre desnutrição e violência física entre parceiros íntimos¹⁷.

Como visto, a literatura centrada nas consequências da violência íntima vivenciada por mulheres no estado nutricional é ainda escassa e, sobretudo, dúbia. A mudança dramática nos perfis nutricionais da população mundial nas últimas décadas^{18,19,20} tem suscitado uma plethora de investigações científicas, o que é obviamente justificável. Contudo, as investigações centradas nos possíveis determinantes dessa transformação têm se mostrado insuficientes em relação

aos caminhos para o excesso de peso. Uma das lacunas por preencher parece ser o efeito de certos aspectos psicossociais, dentre eles a violência entre parceiros íntimos, no processo. Como visto, os estudos parecem apontar para direções contrárias, o que requer novas evidências e reflexões. Da mesma forma, a expressiva magnitude da violência entre parceiros íntimos detectada mundialmente e, não menos no Brasil, exige um aprofundamento sobre suas consequências, em particular, quanto à sua repercussão no estado nutricional. Nesse sentido, o objetivo principal deste estudo foi avaliar o efeito da violência física entre parceiros íntimos no IMC de mulheres adultas, focalizando de forma precípua essa relação em uma população de baixa renda, cujas prevalências de excesso de peso e violência entre parceiros íntimos devem ser altas.

Métodos

Desenho e população do estudo

Trata-se de estudo transversal, de base populacional, realizado em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. Os participantes foram selecionados por meio da amostragem em conglomerados em múltiplos estágios (setores censitários, domicílios particulares permanentes e indivíduos), utilizando como estratégia de campo a amostragem inversa²¹. Para este estudo em particular, foram elegíveis mulheres de 20 a 59 anos, residentes no Distrito de Campos Elíseos, no Município de Duque de Caxias, que não eram gestantes ou lactantes no momento da pesquisa e que relatavam possuir algum relacionamento amoroso nos 12 meses anteriores à entrevista. Entre as 1.035 entrevistadas no estudo de fundo, 644 contemplavam esses critérios de inclusão. Dentre essas, 625 mulheres foram efetivamente analisadas, uma vez que 19 (2,9%) se recusaram a realizar a antropometria.

Coleta de dados

O trabalho de campo ocorreu de abril a dezembro de 2010. As informações de interesse foram coletadas por meio de entrevistas face a face com a mulher de referência de cada domicílio. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado no próprio domicílio e sem a presença do companheiro. Os módulos do questionário voltados às questões de foro íntimo foram aplicados somente por entrevistadoras do sexo feminino, conforme recomendado pela OMS²².

As avaliações antropométricas foram realizadas por pessoal treinado e qualificado para tal.

Foi solicitado que as mulheres estivessem vestindo apenas roupas leves e estivessem descalças. A estatura foi avaliada duas vezes com o estadiômetro da marca WCS (capacidade em 220cm. Cardiomed Comércio de Equipamentos Médicos Ltda., Curitiba, Brasil) colocado em uma superfície plana, lisa e firme. Considerou-se a média das duas medidas. Para aferir o peso foi utilizada a balança digital da marca G-Tech (Accumed Glicomed, Niterói, Brasil), com capacidade para 150kg e precisão de 100g. As mulheres foram pesadas posicionando-se os pés no centro da plataforma da balança, em posição ereta, com os braços esticados ao longo do corpo.

Modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis

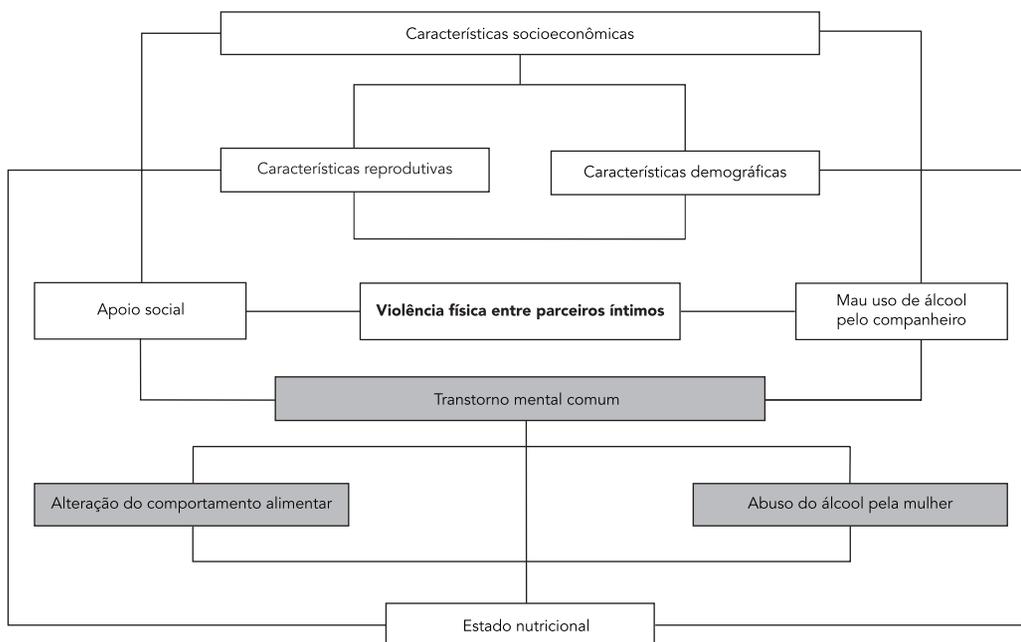
Com base na revisão bibliográfica foi elaborado um modelo teórico-conceitual (Figura 1), composto por algumas dimensões que vêm sendo mais frequentemente consideradas nas pesquisas sobre as consequências da violência entre parceiros íntimos na saúde da mulher, bem como por dimensões relacionadas ao estado nutricional de mulheres adultas.

Como pode ser visto na Figura 1, os níveis mais distais do modelo encerram as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas, representadas pela renda *per capita* familiar em categorias de salário mínimo vigente no ano da pesquisa, escolaridade, idade, cor da pele e número de filhos. O nível intermediário é representado pelas dimensões “uso de álcool pelo companheiro”, “grau de apoio social percebido pela mulher” e a violência física entre parceiros íntimos, exposição de interesse central no estudo. Para avaliar o uso de álcool atual pelo companheiro, foi utilizada a versão em português do instrumento CAGE [(C) *Cut-down*; (A) *Annoyed*; (G) *Guilty*; (E) *Eye-opener*]^{23,24} em função de sua boa acurácia, facilidade de entendimento e de aplicação. Levou-se em conta um caso suspeito de uso inadequado de álcool, o parceiro positivo a dois ou mais itens, segundo informação obtida da mulher. O nível de apoio social foi representado pelo escore obtido pela mulher na dimensão afetiva do questionário de apoio social utilizado no *Medical Outcomes Study* (MOS)^{25,26}. Essa subescala abarca três itens que questionam se a respondente percebe ter pessoas que demonstrem fisicamente sentimentos de amor e afeto por ela. Cada um dos itens tem cinco categorias de resposta (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre), que formam um escore de 3 a 15.

As informações sobre a violência física entre parceiros íntimos foram obtidas pela versão

Figura 1

Modelo teórico-conceitual das relações entre violência física entre parceiros íntimos e índice de massa corporal (IMC).



em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2), adaptado para uso no Brasil^{27,28}. A janela temporal investigada no estudo cobriu os 12 meses que antecederam à entrevista. Considerou-se um caso positivo de violência física entre parceiros íntimos quando pelo menos um dos 12 itens dicotômicos da escala era positivo, independentemente de ser perpetrado pela mulher ou seu companheiro. O estado nutricional foi classificado por intermédio do IMC, expresso em kg/m² e se baseou na proposta de classificação da OMS²⁹ e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)³⁰.

O modelo teórico também postula que o papel da violência física entre parceiros íntimos no IMC da mulher estaria mediado pela ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC), que, por sua vez, poderia alterar o consumo de álcool e alimentos pela mulher, variáveis proximais ao desfecho. Por serem variáveis intervenientes, elas não foram consideradas nos modelos de análise de dados. As demais variáveis são autoexplicativas e são apresentadas na seção *Resultados*.

Análise de dados

A análise de dados foi norteada pelo modelo teórico-conceitual postulado na Figura 1. A primeira etapa do processo consistiu na exploração da integridade e distribuição das variáveis. Em seguida, foram estimados coeficientes de regressão quantílica do percentil 5 ao 95 (5, 10, 15, ..., 90, 95), visando testar a associação entre o IMC e cada uma das variáveis candidatas à permanência no modelo multivariado. Esse modelo de regressão é útil quando se quer observar o efeito de variáveis independentes em diferentes pontos da distribuição da variável dependente, e são apropriados quando ela é assimétrica e heterocedástica em relação às demais variáveis do modelo³¹.

A seguir, por meio do procedimento *stepwise-forward*, cada variável elencada foi adicionada ao modelo multivariado. Seguindo-se a ordem proposta pelo modelo teórico-conceitual, iniciou-se pelas dimensões distais. Permaneceram somente aquelas que apresentaram coeficientes estatisticamente significantes na maior parte dos quantis (valor de $p < 0,05$). Os erros-padrão dos coeficientes da regressão quantílica foram estimados via *bootstrap* (200 replicações)³².

O processamento e as análises exploratórias dos dados foram realizados em Stata 12.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para os modelos de regressão quantílica, foi utilizado o *software* SAS versão 9.3 (SAS Inst. Cary, Estados Unidos).

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009 (parecer nº 73/2009 de 18 de maio de 2009). No momento da entrevista domiciliar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelos participantes, após esclarecimentos a respeito dos procedimentos a serem realizados, garantia de anonimato e possibilidade de recusa à participação no estudo.

Resultados

A média do IMC das mulheres foi de 27,9kg/m² (IC95%: 27,0; 28,7). A prevalência de baixo peso foi de 1,2% (IC95%: 0,1; 2,2), eutrofia de 31,8% (IC95%: 24,6; 38,9), sobrepeso de 36,9% (IC95%: 31,1; 42,7) e obesidade de 30,1% (IC95%: 23,5; 35,7). Um pouco mais de ¼ das mulheres [27,6% (IC95%: 20,0; 35,2)] relatou envolvimento em pelo menos um episódio de agressão física com seu parceiro íntimo nos últimos 12 meses, seja como autora ou vítima.

O perfil sociodemográfico e reprodutivo da população de estudo encontra-se na Tabela 1. Observa-se uma elevada parcela de mulheres com renda *per capita* familiar mensal inferior a um salário mínimo (84,6%) e que não havia completado o Ensino Médio (72,1%). As mulheres tinham em média 38,6 anos; a média do número de filhos foi de 2,1 e 25,7% se consideraram chefes da família. Pouco mais de ½ das mulheres se autodeclarou branca; e quase 90% delas eram casadas ou viviam em união estável. Segundo o relato das informantes, cerca de 10% dos companheiros foram identificados como casos suspeitos de abuso de álcool.

Ainda na Tabela 1, são apresentados os valores de IMC nos diferentes percentis de sua distribuição, de acordo com as características da população estudada. Como podem ser observados, na maior parte dos percentis, os valores de IMC são mais elevados entre as mulheres que não sofrem violência física entre parceiros íntimos; entre as de menor escolaridade; entre as com menor nível de renda (exceto as que declararam não possuir nenhuma renda); entre as não brancas; entre as casadas/ou que vivem em união estável;

entre as que têm maior número de filhos e entre as que possuem companheiro identificados como caso suspeito de abuso de álcool.

O modelo de regressão quantílica final encerrou oito variáveis explicativas, a saber, violência física entre parceiros íntimos, escolaridade, cor da pele, número de filhos e idade da mulher, renda familiar *per capita* da família em categoria de salário mínimo, mau uso de álcool pelo companheiro e grau de apoio social (dimensão afetiva) percebido. A Figura 2 mostra a progressão dos coeficientes de regressão da variável violência física entre parceiros íntimos ao longo da distribuição do IMC da mulher. Esses coeficientes expressam a diferença do IMC em kg/m² entre as categorias da violência física entre parceiros íntimos (IMC em expostas *vs.* não expostas). A banda cinza na Figura 2 é formada pelos intervalos de 95% de confiança (IC95%) dos coeficientes estimados em cada percentil. Como pode ser visto, os coeficientes são todos negativos, e o padrão se acentua à medida que o percentil de IMC aumenta. Entretanto, os valores estimados só são estatisticamente significativos entre os percentis 25 e 85, que correspondem aos valores 22,9kg/m² e 31,2kg/m² de IMC. Como um todo, o gráfico indica que a exposição à violência física entre parceiros íntimos reduz o IMC e que essa redução se acentua progressivamente, ainda que somente em mulheres de certa faixa de IMC.

Um outro olhar sobre os efeitos independentes da violência física entre parceiros íntimos nos diferentes níveis de IMC da mulher é apresentado na Figura 3, que mostra, por quantil, as diferenças entre a média de IMC de mulheres não expostas (pontos vazados) e as expostas à violência física entre parceiros íntimos (pontos cheios). As médias das não expostas foram calculadas diretamente dos dados. Os valores de IMC das expostas são projeções obtidas por essas médias, subtraídas os respectivos coeficientes estimados no modelo de regressão quantílica final (apresentados na Figura 2). Congruentemente, as diferenças entre a média de IMC de expostas e não expostas aumentam com o aumento do IMC. Nota-se que em alguns quantis essas diferenças determinam que as mulheres expostas e não expostas sejam classificadas em categorias distintas de IMC, que são indicadas pelas linhas horizontais pontilhadas que separam, de baixo para cima, as regiões de desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Considerando apenas a faixa de IMC na qual o efeito da VFPI foi estatisticamente significativa (entre o percentil 25 e 85), percebe-se que a reclassificação ocorre em cinco dos 13 quantis, o que projeta que 30% do total de mulheres estejam potencialmente envolvidas nessa situação (cinco em vinte quantis).

Tabela 1

Percentis do índice de massa corporal (IMC = kg/m²) segundo exposição à violência física entre parceiros íntimos, características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e mau uso de álcool pelo companheiro (N = 581). Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 2010.

Variável	n	%	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
Violência física entre parceiros íntimos									
Sim	168	27,61	20,07	21,26	22,92	25,32	29,17	32,83	38,16
Não	413	72,38	20,32	21,79	24,60	27,68	31,05	36,34	40,98
Escolaridade da mulher									
Ensino Médio completo ou mais	183	27,92	20,03	21,26	23,25	25,84	29,79	35,59	38,65
9º ano do Ensino Fundamental/Até 2º ano do Ensino Médio	211	41,17	20,24	22,04	24,22	27,55	30,91	36,34	40,15
Até 8º ano do Ensino Fundamental	187	30,89	20,32	22,31	24,43	28,13	30,66	35,00	38,13
Renda per capita familiar mensal (salários mínimos) **									
1 ou mais	86	15,36	20,67	21,79	23,34	26,45	29,80	31,41	32,80
½ - 1	220	41,18	20,31	21,97	24,33	26,63	30,41	34,61	38,13
¼ - ½	187	30,61	21,02	21,64	24,22	28,13	31,85	39,29	42,62
< ¼	86	12,38	19,10	20,90	24,44	27,22	30,45	34,73	37,46
Sem renda	2	0,46	22,25	22,25	22,25	22,25	22,25	22,25	29,60
Condição da mulher na família									
Chefe da família	160	25,74	21,26	22,34	24,54	27,36	31,05	34,72	36,58
Não é a chefe da família	421	74,25	20,03	21,23	23,58	27,06	30,46	36,34	40,99
Idade (anos) **									
20 - 30	139	20,38	19,10	19,80	22,50	26,81	31,20	38,65	42,62
30 - 40	174	39,27	21,03	21,89	23,73	25,94	30,12	33,39	38,37
40 - 50	170	23,24	20,86	22,99	24,77	27,63	30,59	35,59	40,15
50 - 60	98	17,10	20,32	21,36	24,88	27,70	31,41	36,05	36,58
Cor da pele									
Preta, parda, amarela, indígena	395	65,65	20,31	22,34	24,74	27,67	31,08	36,37	39,29
Branca	186	35,35	20,02	20,85	22,88	25,82	29,36	33,01	40,08
Situação conjugal									
Solteira	36	6,25	17,67	19,78	22,39	25,90	30,93	36,58	36,76
Casada/Vive em união	519	88,70	20,32	21,89	23,80	27,03	30,90	36,05	40,16
Separada/Divorciada	25	5,05	19,90	23,98	25,78	25,52	30,12	32,51	34,57
Número de filhos									
Nenhum	51	10,78	19,53	20,03	22,39	25,24	29,16	38,13	43,81
1	175	31,70	19,50	21,09	23,40	26,37	30,12	34,61	38,65
2	183	32,60	20,90	22,34	24,33	27,21	30,58	36,37	41,65
3 ou 4	142	21,53	22,31	23,34	25,15	28,30	30,93	35,45	37,42
4 ou mais	30	3,43	19,10	20,93	26,10	29,14	33,33	35,56	37,41
Mau uso de álcool pelo companheiro									
Sim	61	10,44	22,32	22,92	25,15	30,12	33,33	36,34	40,99
Não	520	89,56	20,03	21,44	23,73	26,90	30,45	35,00	39,23

* Renda familiar mensal per capita (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores, expressa em múltiplos do salário mínimo de R\$ 581,81 reais vigente no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2010);

** No modelo multivariado da regressão quantílica, essas variáveis foram avaliadas em sua forma contínua.

Figura 2

Valores dos coeficientes do modelo de regressão quantílica multivariado de acordo com a distribuição do índice de massa corporal (IMC).

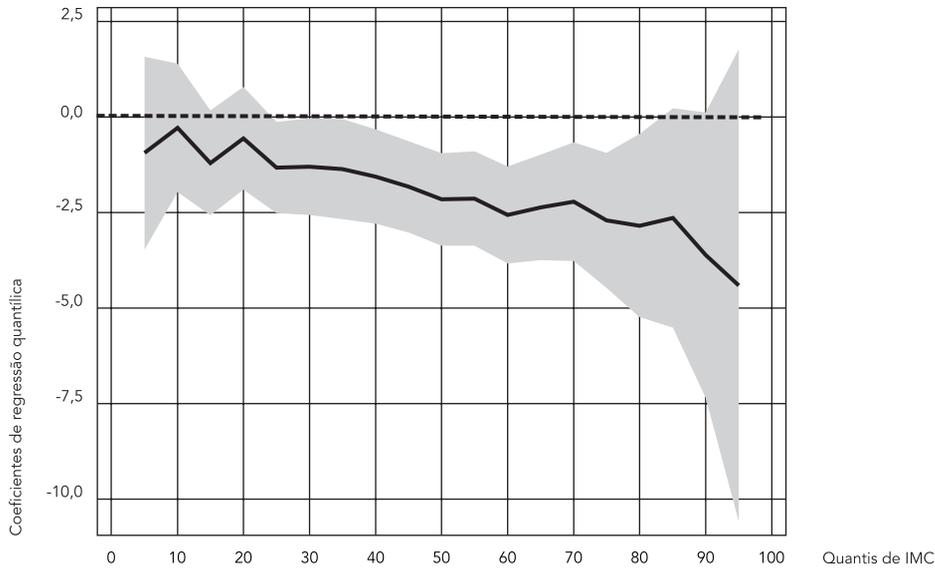
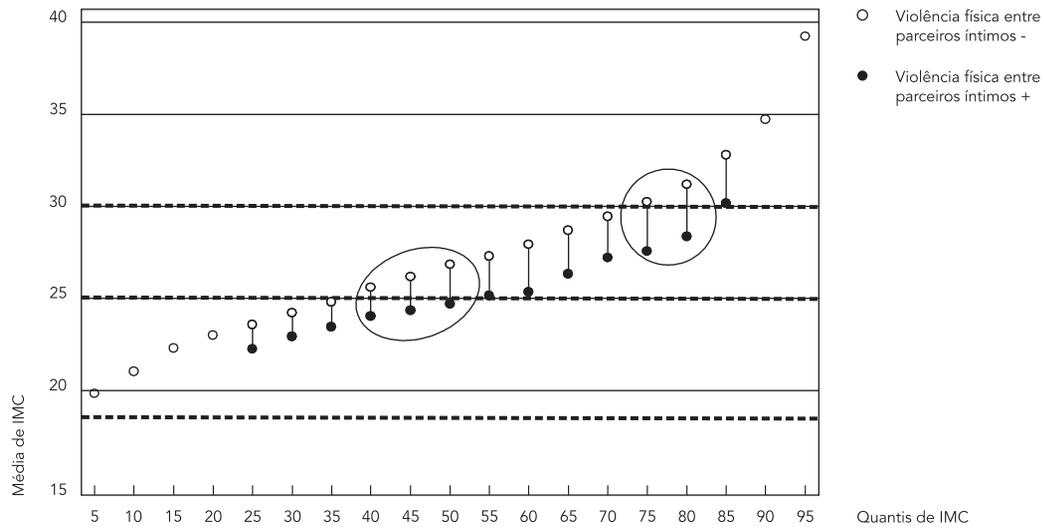


Figura 3

Média estimada de índice de massa corporal (IMC) de expostas e não expostas à violência física entre parceiros íntimos de acordo com os quantis de distribuição do IMC.



Discussão

A prevalência da violência física entre parceiros íntimos nos últimos 12 meses (27,6%) superou as estimadas no primeiro inquérito nacional 2002/2003, seja a agregada das 16 cidades participantes do estudo (20,8%), seja a do Município do Rio de Janeiro em particular (22,6%)⁶. A presente estimativa se assemelha mais àquelas encontradas nas regiões menos favorecidas como o Norte e o Nordeste (29,8%) do Brasil⁶. A prevalência também se mostra acima das encontradas no *I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool no Brasil*, pesquisa de 2005 a 2006, que abordou 1.445 adultos casados ou vivendo em união estável (14,6%)³³. Possivelmente, a maior prevalência encontrada aqui seja decorrente das características socioeconômicas da população estudada, que compreende uma expressiva parcela de mulheres com renda *per capita* mensal inferior a um salário mínimo (84,6%), de cor autorreferida como preta, parda, amarela ou indígena (68%) e que não concluíram sequer o Ensino Médio (72,1%). Como um todo, esse quadro sugere que a VFPI também é um processo de saúde-doença determinado socialmente, uma visão que vem sendo sustentada tanto em estudos nacionais quanto internacionais^{1,7,34}. Entende-se, pois, que as políticas e programas de promoção da paz e enfrentamento das situações de violência, especialmente as de gênero, também devam atuar enfrentando não só as discriminações de gênero, mas também aquelas relacionadas à cor/raça e classe social, na medida em que estão habitualmente entrelaçadas e superpostas^{35,36}. Portanto, requerem necessariamente contemplar ações macroestruturais que promovam o desenvolvimento e reduzam as iniquidades sociais. Tendo em vista a interrupção do processo e o bem-estar dessas mulheres, cabe ao setor saúde instrumentalizar a detecção precoce dos casos já instalados, bem como lidar com eles de forma adequada, articulando-se internamente e com outras redes de apoio.

As elevadas prevalências de sobrepeso (36,9%) e obesidade (30,1%), que em conjunto afetam mais de 2/3 das mulheres entrevistadas, também requerem atenção. Elas estão acima, respectivamente, das prevalências de 34,9 e 22,4% encontradas no inquérito de 2005 conduzido na mesma população³⁷. Em apenas meia década, portanto, o excesso de peso aumentou em aproximadamente 17% e a obesidade em 34%. Essa marcante evolução encontrada na população estudada é condizente com a verificada na população feminina adulta brasileira. Colocando em perspectiva, do inquérito nacional conduzido no ano de 1974 (*Estudo Nacional*

da Despesa Familiar) ao de 2009 (*Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF*), a prevalência de excesso de peso aumentou em 67% entre as mulheres. Segundo a última POF, realizada no fim da última década, o excesso de peso já afetava quase a metade da população feminina (48%). O fato de a amostra de estudo envolver grande percentual de mulheres de baixa renda e escolaridade, reconhecidamente mais vulneráveis à dinâmica do excesso de peso^{38,39}, levou nossas estimativas a ultrapassarem em muito as previsões para o país como um todo.

Um risco aumentado para excesso de peso e para a violência entre parceiros íntimos em populações de baixa renda, bem como as repercussões das violências íntimas na saúde mental feminina levam a crer que a vivência de violência entre parceiros íntimos ao longo da vida possa ser um fator de risco para o sobrepeso e obesidade. Porém, não é isso que nossos dados sugerem. Como visto, observa-se uma importante associação negativa entre a violência física entre parceiros íntimos e o IMC. Tal achado corrobora pelo menos outros dois dos quatro estudos que abordaram o tema^{16,17}, bem como sugere também um quadro distinto do encontrado nos estudos que focalizam as repercussões do testemunho da violência de foro íntimo na infância e da violência voltada à criança e ao adolescente, ao refutar a hipótese alternativa de que a ocorrência da violência física entre parceiros íntimos seria um fator de risco para o aumento do peso.

Reconhecidamente, há outros dois estudos particularizando o papel da violência entre parceiros íntimos na situação nutricional de mulheres que não subscrevem essa associação negativa, seja não evidenciando qualquer relação quando se considera a violência de qualquer natureza^{14,15}, seja até mostrando uma confluência positiva em situações extremas¹⁴. A falta de consenso na literatura pode ser decorrente do fato de o presente estudo e os estudos de Sethuraman et al.¹⁶ e Ackerson & Subramanian¹⁷, realizados na Índia, terem avaliado específica e exclusivamente a violência entre parceiros íntimos de tipo físico, porquanto o foco dos outros dois tenha sido na violência entre parceiros íntimos em suas diferentes manifestações. Embora também tenham utilizado a CTS2²⁷ para a caracterização da violência no estudo em mulheres egípcias, Yount & Li¹⁴ exploraram as violências psicológica, física e sexual de forma conjunta, dificultando uma conclusão mais acurada sobre o efeito específico da violência física. O mesmo ocorreu no estudo conduzido nos Estados Unidos por Mathew et al.¹⁵ que não somente utilizou um instrumento simplificado para a caracterização das situações de violência, como também avaliou as situações

de violência de forma conjugada e inespecífica. Outra explicação para a divergência dos resultados seria considerar que as relações entre a violência entre parceiros íntimos e o estado nutricional da mulher dependam do contexto socioeconômico das populações analisadas. O atual estudo e as pesquisas de Sethuraman et al.¹⁶ e Ackerson & Subramanian¹⁷, realizadas na Índia, foram conduzidos em populações de baixa renda e escolaridade, diferindo do estudo do Egito e do realizado nos Estados Unidos, que trabalharam, majoritariamente, com populações de situação socioeconômica mediana.

A relação negativa entre violência física entre parceiros íntimos e IMC suscita algumas reflexões sobre os processos que estariam envolvidos em tal comportamento. Segundo Ackerson & Subramanian¹⁷, a associação negativa entre violência física entre parceiros íntimos e o IMC seria resultante da intenção de o companheiro fisicamente violento reter a fonte de alimento como uma forma de abuso psicológico, cuja consequência última seria a difícil manutenção do bom estado nutricional da mulher. É possível também conjecturar que o estresse crônico presente no dia a dia de uma mulher pobre que vivencia uma situação de violência levaria a distúrbios do sono, abuso de álcool, drogas, tabagismo e uma aberta redução do consumo alimentar^{1,14,40}. De fato, essa hipótese é reforçada por evidências sugerindo que o estresse aumenta a taxa metabólica basal e o gasto energético^{41,42,43}, processo que pode causar a perda de peso em indivíduos com uma ingestão calórica adequada ou limitada¹⁷. A esse respeito, valeria considerar o debate trazido por Seematter et al.⁴² e Kivimäki et al.⁴⁴, no qual é sugerido que o impacto do estresse no peso poderia variar de acordo com o estado nutricional do indivíduo ao longo da vida. Os autores propõem que indivíduos apresentando excesso de peso/obesidade na linha de base aumentariam ainda mais o seu peso corporal quando submetidos às situações desencadeadoras de estresse. Por outro lado, indivíduos eutróficos ou subnutridos à instalação do processo estressor tenderiam à perda de peso. Essa hipótese não parece condizente com nossos achados, já que em todas as faixas de IMC, exceto nas extremas, o efeito da violência física entre parceiros íntimos parece reduzir o IMC. De todo modo, tal hipótese mereceria ser testada futuramente em estudos que acessem o estado nutricional da mulher em fase anterior à exposição à violência física entre parceiros íntimos e ao estresse que esta supostamente desencadeia.

É importante enfatizar que uma avaliação superficial que leve somente em conta a classificação da mulher em termos do IMC, pode-

ria sugerir que a violência física entre parceiros íntimos teria um efeito benéfico na saúde geral feminina porque a situação teria um efeito “protetor” com relação ao sobrepeso e à obesidade. Assim, do ponto de vista estritamente nutricional, mulheres “potencialmente” com sobrepeso ou obesidade estariam em faixas de IMC mais próximas às recomendadas. Entretanto, custa imaginar que mulheres vítimas de violência estejam tendo uma alimentação variada, equilibrada e saudável, acompanhada de uma prática regular de atividades físicas para se manterem em uma faixa razoável de peso corporal, refletindo nos valores de IMC. O que pode estar acontecendo é que o estresse crônico a que essas mulheres estão submetidas impede que elas ganhem peso, mesmo quando submetidas a uma alimentação desequilibrada, potencialmente hipercalórica e com a qualidade comprometida no que tange à oferta de alimentos.

Considerando tais sutilezas, fica claro que uma abordagem restrita ao estado nutricional estaria deixando de identificar situações de estresse crônico, cujas repercussões vêm sendo cada vez mais reconhecidas como subjacentes às doenças crônicas de fases mais tardias da vida, tais como doenças cardiovasculares, doenças metabólicas, dentre outras. Julgando que os achados revelam que pelo menos ¼ das mulheres – já que a violência física entre parceiros íntimos esteve presente em 27,6% dos lares – convive com essa situação, recomenda-se fortemente que as ações de saúde voltadas à mulher, quer “nutricionais” (políticas direcionadas à alimentação) ou não, sejam integrativas e abrangentes, dando espaços para que esses e outros dramas possam ser revelados e trabalhados no âmbito dos serviços de saúde.

A evidência de que o efeito negativo da violência física entre parceiros íntimos no IMC se dá apenas entre mulheres de certa faixa do estado nutricional – por exemplo, com IMC entre 23kg/m² e 31kg/m², conforme sugerem os achados aqui – também levanta algumas questões. Será que esta especificidade explica, pelo menos em parte, as controvérsias em estudos anteriores? Será que este perfil também seria encontrado ao se focalizarem populações de estratos sociais com maior poder aquisitivo, encerrando mulheres com maior autonomia financeira e acesso aos alimentos? E será que tais relações seriam mantidas, ao se considerarem outras formas de violência interpessoal e outros eventos psicossociais como depressão e isolamento social? Perguntas como essas também requererão estudos que envolvam populações de outros estratos socioeconômicos e que avaliem simultaneamente esses e outros fatores psicossociais, utilizando modelos estatísticos que permitam o estudo dos efeitos

nos diferentes níveis de IMC, como é o caso da regressão quantílica.

Os resultados do presente estudo devem ser vistos à luz de seus pontos fortes e limitações. Dentre os aspectos positivos, destaca-se que este foi o primeiro estudo brasileiro a abordar a relação entre a ocorrência da violência entre parceiros íntimos e o estado nutricional de mulheres, sendo de grande relevância tanto para as pesquisas sobre as repercussões da violência entre parceiros íntimos, como para os programas de investigação que exploram os determinantes da situação nutricional de mulheres adultas. Outro aspecto positivo consiste na utilização de um instrumento epidemiológico largamente empregado e validado em diferentes contextos no Brasil para detectar a ocorrência da violência física entre parceiros íntimos, diminuindo a subestimação do problema e possíveis vieses de má classificação^{27,28,45}. Outro ponto interessante foi a utilização de modelos de regressão quantílica⁴⁶, que permitiram a identificação de nuances importantes na relação da violência física entre parceiros íntimos-IMC. Vale ressaltar que a associação negativa entre os dois fenômenos já se manifestava nos dados à utilização de um tradicional modelo de regressão linear. Todavia, o modelo implementado permitiu explorar e efetivamente corroborar uma franca heterogeneidade da distribuição do efeito da exposição violência física entre parceiros íntimos nos diferentes níveis do desfecho. Interessantemente, outros estudos brasileiros que usam essa metodologia também têm mostrado que a relação do estado nutricional com certos eventos ou práticas também varia em magnitude, segundo patamares do próprio estado nutricional^{47,48}.

Já uma potencial limitação do estudo se refere à estratégia temporal de captação das informações de interesse. Por se tratar de uma abordagem transversal, em que o processo de coleta de dados impediu a demarcação do momento da ocorrência das situações de violência física entre parceiros íntimos e a investigação do estado nutricional pregresso da mulher, seria difícil, por princípio, aceitar a exposição como efetivamente precedendo o desfecho. Entretanto, considerando-se a cronicidade da violência entre parceiros íntimos ao longo da vida^{1,49}, é possível supor que o período de recordatório utilizado no estudo (12 meses) permita uma aproximação admissível a um estado d'arte mais perene, propiciando, assim, um tempo hábil para o desenlace de suas consequências nutricionais. Ademais, a relação inversa entre o estado nutricional da mulher e a ocorrência de violência física entre parceiros íntimos não parece razoável. Por um

lado, difícil acreditar que atos violentos sejam consequência de características nutricionais dos envolvidos. Por outro, há evidências robustas de que as raízes da violência entre parceiros íntimos são de outra natureza, bem mais conexas às esferas psicológicas, socioculturais e econômicas dos envolvidos^{1,7,50,51}.

A ausência de informações sobre a violência vivenciada na infância ou adolescência também se constitui uma limitação. Como os estudos na área indicam que crianças e adolescentes submetidos à violência familiar, sejam como vítimas diretas – especialmente quando se considera o abuso sexual –, ou indiretas, têm maior probabilidade de se envolverem em relações amorosas violentas na idade adulta, e que as violências nessas fases da vida podem ser fatores de risco para o excesso de peso, seria interessante que a história de violências sofridas na infância e adolescência também tivessem sido consideradas em nossas análises. Infelizmente, por questões operacionais do estudo de fundo, não se teve acesso a essas informações. Sugere-se que, em estudos futuros, tais particularidades também sejam abordadas.

Em síntese, os achados deste estudo indicam que tanto a violência entre parceiros íntimos, quanto o excesso de peso, são importantes problemas de saúde pública em populações de baixa renda, devendo ser prontamente enfrentados. Ademais, os dados analisados refutam a hipótese de que a violência física entre parceiros íntimos seja um fator de risco para o excesso de peso em mulheres. Os resultados indicam exatamente o contrário, ou seja, que as mulheres em situação de violência física entre parceiros íntimos apresentam uma tendência a um menor IMC em relação àquelas que não estão vivendo essa situação. No entanto, é fundamental que se investiguem essas associações em outros contextos e domínios, abarcando outros aspectos envolvidos no processo, incluindo diferentes avaliações do estado nutricional ao longo da vida, outras formas de violência entre parceiros íntimos e o perfil de consumo alimentar. Estudos qualitativos que possam aprofundar essas questões, abarcando a percepção de mulheres vítimas de violência, com sobrepeso e/ou obesidade também são bem-vindos. Certamente, a ampliação do número de estudos sobre o tema contribuirá para um melhor entendimento do processo como um todo. Tal aprofundamento é necessário tanto para a incorporação dos fatores psicossociais na formulação de políticas e ações estratégicas voltadas à prevenção do sobrepeso e obesidade, bem como para o enfrentamento das situações de violência entre parceiros íntimos.

Resumen

El objetivo de este trabajo es evaluar si la experiencia de violencia física entre parejas sentimentales interfiere en el estado nutricional de las mujeres adultas con diferentes niveles de índice de masa corporal (IMC). Se trata de un estudio transversal de base poblacional con 625 mujeres, seleccionadas a través de una muestra compleja por conglomerados. La información sobre violencia física entre parejas sentimentales se obtuvo a través de la Revised Conflicts Tactics Scales. El estado nutricional se evaluó mediante el IMC en kg/m². Para evaluar el efecto independiente de la violencia física entre parejas sentimentales en diferentes percentiles de la distribución del índice de masa corporal se utilizó el modelo multivariado de regresión cuantil. La violencia física entre parejas sentimentales se produjo en un 27,6% (IC95%: 20,0; 35,2) de las mujeres y el IMC promedio fue 27,9kg/m² [IC95%: 27,1; 28,7]. Los resultados indican que la presencia de violencia física entre parejas sentimentales se asoció negativamente con el IMC entre las mujeres con un IMC entre 25 y 85 percentiles de la distribución del IMC, que corresponden a los valores de 22,9 y 31,2kg/m².

Violencia Doméstica; Violencia Contra la Mujer; Estado Nutricional

Colaboradores

M. F. Ferreira participou da pesquisa bibliográfica, análise e interpretação de dados e redação do texto. C. L. Moraes colaborou no planejamento e execução do estudo, análise e interpretação de dados e redação do texto. M. E. Reichenheim contribuiu no planejamento e execução do estudo e na revisão crítica do texto. E. Verly Junior colaborou na análise de dados e redação do artigo. E. S. Marques participou do processamento dos dados e revisão do artigo. R. Salles-Costa participou do planejamento e execução do estudo e na revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Ao CNPq e à FAPERJ pelo financiamento.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Dimensionando a violência na família In: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 7-11. (Série Cadernos de Atenção Básica, 8). (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 131).
3. World Health Organization. Intimate partner violence: understanding and addressing violence against women. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf (acessado em 28/Jan/2013).
4. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública 2007; 41: 797-807.
6. 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 Saúde Pública 2006; 22:425-37.
7. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello-Jorge MH, Silva CM, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. Lancet 2011; 377:1962-75.
8. Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. Rev Saúde Pública 2010; 44:667-76.
9. Moraes CL, Oliveira AS, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. Public Health Nutr 2011; 14:2148-55.
10. Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, Varcoe C, Wuest J. A theory-based primary health care intervention for women who have left abusive partners. ANS Adv Nurs Sci 2011; 34:198-214.
11. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26:1075-82.

12. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl* 2007; 31:1187-99.
13. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev* 2011; 12:e159-72.
14. Yount KM, Li L. Domestic violence and obesity in Egyptian women. *J Biosoc Sci* 2011; 43:85-99.
15. Mathew AE, Marsh B, Smith LS, Houry D. Association between intimate partner violence and health behaviors of Female Emergency Department patients. *West J Emerg Med* 2012; 13:278-82.
16. Sethuraman K, Lansdown R, Sullivan K. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. *Food Nutr Bull* 2006; 27:128-43.
17. Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1188-96.
18. World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (acessado em 14/Nov/2011).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
20. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999; 341:427-34.
21. Haldane JB. On a method of estimating frequencies. *Biometrika* 1945; 33:222-5.
22. World Health Organization. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001.
23. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-3.
24. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
26. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-96.
27. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues* 1996; 17:283-316.
28. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:783-96.
29. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization; 2000.
30. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
31. Buchinsky M. Recent advances in quantile regression models: a practical guideline for empirical research. *J Hum Resour* 1998; 33:88-126.
32. Efron B, Tibshirani R. An introduction to the bootstrap. London: Chapman and Hall; 1993.
33. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 53-9.
34. Duarte EC, Monteiro RA, Mascarenhas MDM, Silva MMA. As violências e os acidentes como problema de saúde pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 311-36.
35. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev* 1991; 43:1241-99.
36. Taquette SR. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS. *Saúde Soc* 2010; 19 Suppl 2:51-62.
37. Cunha DB, de Almeida RM, Sichieri R, Pereira RA. Association of dietary patterns with BMI and waist circumference in a low-income neighbourhood in Brazil. *Br J Nutr* 2010; 104:908-13.
38. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1792-800.
39. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health* 2007; 97:1808-12.
40. Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367-88.
41. Seematter G, Dirlwanger M, Rey V, Schneiter P, Tappy L. Metabolic effects of mental stress during over- and underfeeding in healthy women. *Obes Res* 2002; 10:49-55.
42. Seematter G, Guenat E, Schneiter P, Cayeux C, Jequier E, Tappy L. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2000; 279:E799-805.
43. Seywert AJ, Tappy L, Gremion G, Giusti V. Effect of a program of moderate physical activity on mental stress-induced increase in energy expenditure in obese women. *Diabetes Metab* 2002; 28:178-83.
44. Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30:982-7.

45. Reichenheim ME, Klein R, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:53-62.
46. Koenker R, Bassett G. Regression quantiles. *Econometrica* 1978; 46:33-50.
47. Barros EG, Pereira RA, Sichieri R, Veiga GV. Variation of BMI and anthropometric indicators of abdominal obesity in Brazilian adolescents from public schools, 2003-2008. *Public Health Nutr* 2014; 17:345-52.
48. Silva RCR, Assis AMO, Szarfarc SC, Pinto EJ, Costa LCC, Rodrigues LC. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes. *Rev Nutr* 2012; 25:451-61.
49. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Brazil. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf (acessado em 05/Abr/2012).
50. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359:1423-9.
51. Roberts AL, McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC. Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2011; 40:128-38.

Recebido em 10/Nov/2013

Versão final reapresentada em 29/Mai/2014

Aprovado em 03/Jul/2014