

Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório

Violence against women in different stages of the life cycle in Brazil: an exploratory study

Ítalo de Macedo Bernardino¹, Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa^{II}, Lorena Marques da Nóbrega¹, Gigliana Maria Sobral Cavalcante^{II}, Efigênia Ferreira e Ferreira^{II}, Sérgio d'Ávila¹

RESUMO: *Objetivo:* Descrever o perfil da violência contra mulheres em diferentes ciclos de vida, de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores. *Métodos:* Estudo transversal e exploratório realizado com base em 1.388 registros de ocorrências, durante período de quatro anos, em uma região metropolitana do Nordeste do Brasil. A variável dependente foi o tipo de agressão sofrido pelas vítimas. As variáveis independentes foram as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores. A análise estatística incluiu o teste χ^2 ($p < 0,05$) e a análise de árvore de decisão, por meio do algoritmo *Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID). *Resultados:* Os casos de agressão física ($n = 644$) foram os mais comuns, seguidos de ameaça ($n = 415$) e agressão verbal ($n = 285$). Os perfis da violência puderam ser explicados pela relação entre vítimas e agressores ($p < 0,001$) e faixa etária das vítimas ($p = 0,026$ em Nó 1; $p = 0,019$ em Nó 3). *Conclusão:* Foi observado que mulheres em diferentes fases da vida apresentam mais exposição a diferentes tipos de violência.

Palavras-chave: Violência. Violência contra a mulher. Estágios do ciclo de vida. Saúde pública. Epidemiologia. Árvores de decisões.

¹Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil.

^{II}Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Sérgio d'Ávila. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Rua Baraúnas, 351, Bairro Universitário, CEP: 58429-500, Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: davila2407@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processo n.º 14/2010, e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba, Edital 02/2009 do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).

ABSTRACT: *Objective:* The aim of this study was to describe the profile of violence against women in different life cycles, according to the sociodemographic characteristics of the victims and offenders. *Methods:* A cross-sectional and exploratory study was performed based on 1,388 police reports during a four-year period, in a metropolitan area of Northeast Brazil. The dependent variable was the type of aggression suffered by the victims. The independent variables were sociodemographic characteristics of the victims and offenders. Statistical analysis included the χ^2 test ($p < 0.05$) and the decision tree analysis, through the Chi-squared Automatic Interaction Detector (CHAID) algorithm. *Results:* Cases of physical abuse ($n = 644$) were the most common, followed by threat ($n = 415$) and verbal aggression ($n = 285$). The violence profiles could be explained by the relationship between victims and offenders ($p < 0.001$) and age of the victims ($p = 0.026$ in Node 1; $p = 0.019$ in Node 3). *Conclusion:* It was observed that women in different stages of life are more exposed to different types of violence.

Keywords: Violence. Violence against women. Life cycle stages. Public health. Epidemiology. Decision Trees.

INTRODUÇÃO

Uma das manifestações mais extremas e perversas da desigualdade de gênero refere-se à violência contra as mulheres, produto das diferenças de poder e que representa um importante fenômeno social e de violação dos direitos humanos, impactando significativamente no processo saúde-doença e na perspectiva de vida das mulheres^{1,2}. A violência contra a mulher abrange casos que vão desde situações de violência psicológica e ameaça até agressão física e morte³⁻⁵. No Brasil, o tema ganhou ainda mais destaque e atenção dos pesquisadores após a entrada em vigor da Lei federal n.º 11.340, que tem a finalidade de punir os casos de violência entre parceiros íntimos⁶.

No primeiro ano de vigência efetiva dessa lei, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, as taxas de homicídio contra as mulheres experimentaram leve decréscimo, entretanto voltaram imediatamente a crescer de forma substancial até o ano 2010, quando se registrou a taxa de 4,6 homicídios para cada 100 mil mulheres, o maior patamar observado no país até então⁷. Adicionalmente, a violência por parceiros íntimos é uma das mais prevalentes na sociedade brasileira, com cerca de 55% dos casos, convertendo-se em elevados custos emocionais e sociais⁸. Tem sido reportado também que a agressão física é preponderante, englobando 44,2% dos casos de violência contra a mulher atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

Vários fatores de risco têm sido identificados como associados à ocorrência da violência contra a mulher, incluindo características sociodemográficas e socioeconômicas, uso de substâncias e histórico de ter presenciado violência familiar na infância ou adolescência^{5,9}. Esses fatos demonstram que a violência contra a mulher é multifacetada e, sob a perspectiva socioecológica, é produto da interação complexa entre indivíduo, família, comunidade e fatores de nível social¹⁰.

As consequências da exposição à violência produzem impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais⁵. Problemas como depressão, transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) e pensamentos suicidas vêm sendo constatados nessas vítimas^{11,12}. Se as características sociodemográficas das vítimas de violência e dos sujeitos agressores não forem levadas em consideração, propostas de intervenção para minimizar as consequências decorrentes desse fenômeno social podem não ser efetivas¹⁰.

São poucos os estudos na literatura sobre violência contra a mulher que abordam as diferenças na vitimização de acordo com os ciclos de vida usando como fonte de dados os registros policiais^{4,13}. Informações relativas à distribuição da violência contra a mulher e a identificação de populações mais vulneráveis podem contribuir substancialmente para o direcionamento de esforços destinados à criação de políticas públicas de vigilância, criminalização, prevenção, assistência social e reabilitação⁵.

Este estudo é um dos primeiros da literatura científica que objetivou traçar o perfil da violência contra a mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores mediante o emprego de um modelo multivariado de árvore de decisão, o *Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID), que vem demonstrando-se promissor para abordagens em saúde pública.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal e exploratório com dados de uma delegacia de polícia especializada no atendimento de mulheres vítimas de violência localizada em uma região metropolitana do Nordeste do Brasil que possui população de 687.545 habitantes, de acordo com o censo de 2010¹⁴.

Adotaram-se como critério de inclusão todos os registros das vítimas que procuraram a delegacia por ter sofrido violência física e/ou verbal ou ameaça ao longo de um período de quatro anos (janeiro de 2008 a dezembro de 2011). Foram excluídos os registros que estavam indisponíveis no momento da coleta por questões judiciais. Além disso, como o preenchimento dos registros é manuscrito, os que permaneceram ilegíveis, mesmo após consulta a um funcionário do setor, também foram excluídos. Na coleta de dados, teve-se o cuidado de observar a existência de denúncias repetidas com a finalidade de evitar a inclusão duplicada na amostra. Procurou-se seguir as recomendações explicitadas na Declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais.

Previamente à coleta, foi feito um estudo piloto objetivando adequar o formulário a ser utilizado. Três componentes da equipe foram submetidos aos procedimentos de calibração para a coleta de dados. As concordâncias intraexaminador e interexaminador foram avaliadas mediante o teste Kappa, e ambas obtiveram $K = 0,85 - 0,90$, consideradas muito boas, habilitando os examinadores a realizarem o estudo.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um formulário específico com variáveis relacionadas às características sociodemográficas das vítimas (idade, escolaridade, ocupação, região de

moradia) e dos agressores (sexo, idade, ocupação, região de moradia e ligação com a vítima) e às características da violência (tipo, circunstância da agressão, dia e turno de ocorrência). A faixa etária foi categorizada em três subcategorias: jovens (15 – 29 anos), adultas (30 – 59 anos) e idosas (60 anos ou mais), a fim de facilitar a compreensão dos resultados da análise multivariada.

A violência física compreendeu casos nos quais as vítimas eram empurradas, espancadas, chutadas, puxadas pelos cabelos, arrastadas, queimadas ou agredidas com algum instrumento. A violência verbal caracterizou-se por situações de insulto e humilhação. Os casos de ameaça envolveram situações nas quais o agressor abusava psicologicamente da vítima, ameaçando agredi-la fisicamente, torturá-la, matá-la ou impedi-la de visitar familiares e amigos ou fazer ligações telefônicas para eles.

Inicialmente, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis em estudo. Em seguida, foi realizada a análise bivariada para testar a associação de todas as variáveis independentes em relação ao tipo de agressão (física e/ou verbal, ameaça), utilizando o teste χ^2 . Por fim, objetivando traçar o perfil da violência contra a mulher, inseriram-se todas as variáveis em um modelo de árvore de decisão por meio do algoritmo CHAID, a fim de identificar quais explicavam mais os diferentes tipos de agressão. Só permaneceram no gráfico final as variáveis que obtiveram valor p ajustado $< 0,05$.

Esse método consiste em regras de decisão que realizam sucessivas divisões no conjunto de dados, de modo a torná-lo cada vez mais homogêneo no tocante à variável dependente. A árvore de decisão utiliza um gráfico que começa com um nó raiz, em que todas as observações da amostra são apresentadas. Os nós produzidos em sequência representam subdivisões dos dados em grupos cada vez mais homogêneos, sendo denominados de nós-filhos. Quando não há mais possibilidade de divisão, os nós são chamados de nós-terminais ou folhas¹⁵.

O modelo foi ajustado mediante sucessivas divisões binárias (nós) nos conjuntos de dados. O critério de parada adotado foi o valor $p < 0,05$ da estatística χ^2 usando a correção de Bonferroni. O ajuste do modelo final foi avaliado pela estimativa de risco geral, que compara a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo, indicando em que medida a árvore corretamente prediz os resultados.

O estudo foi avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa de forma independente e aprovado (n.º 02266.0.133.000-10). Todos os direitos das vítimas foram protegidos e seguiram-se os preceitos nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Foram analisados 1.388 registros policiais de violência contra a mulher. Prevaleram os casos de agressão física ($n = 644$), seguidos de ameaça ($n = 415$) e agressão verbal ($n = 285$). A Tabela 1 mostra a distribuição do tipo de agressão (física, verbal e ameaça) segundo as características sociodemográficas das vítimas. Não se verificou nenhuma diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$: faixa etária ($p = 0,144$), escolaridade ($p = 0,291$), ocupação ($p = 0,615$) e região de moradia ($p = 0,628$). A Tabela 2 apresenta a distribuição do tipo de agressão (física, verbal e ameaça) em conformidade com as características sociodemográficas

dos agressores, a circunstância e o período de ocorrência. Só se verificou diferença estatisticamente significativa para a variável ligação do sujeito agressor com a vítima ($p < 0,001$), as demais variáveis apresentaram nível de significância superior a 0,05: sexo ($p = 0,363$), faixa etária ($p = 0,362$), ocupação ($p = 0,379$) e região de moradia ($p = 0,389$). Além disso, também não se observou nenhuma diferença estatisticamente significativa nas circunstâncias da agressão ($p = 0,122$), no dia ($p = 0,453$) nem no turno da ocorrência ($p = 0,689$).

O modelo final da árvore de decisão foi construído por oito nós. A Figura 1 mostra a análise multivariada por meio da árvore de decisão (CHAID) para a violência contra a mulher (agressão física, agressão verbal e ameaça), ajustada por fatores sociodemográficos. Constatou-se que o tipo de agressão sofrido pelas mulheres pode ser explicado pela ligação entre sujeito e vítima ($p < 0,001$) e faixa etária da vítima ($p = 0,026$ em Nó 1; $p = 0,019$ em Nó 3). Formaram-se três grupos distintos para explicar a agressão e ligação entre sujeitos e vítimas deste estudo: agressão perpetrada pelo companheiro/namorado ou estranho ($n = 528$; 39,3%), pelo ex-companheiro/ex-namorado ($n = 536$; 39,9%) e por familiares ou conhecidos ($n = 280$; 20,8%).

Tabela 1. Distribuição do tipo de agressão (física, verbal e ameaça) segundo as características sociodemográficas das vítimas.

Variável	Tipo de agressão						Total	Valor p
	Física		Verbal		Ameaça			
Categorias	n	%	n	%	n	%		
Faixa etária (1264)* (anos)								
15 – 29	220	46,0	89	18,6	169	35,4	478	0,144
30 – 59	347	48,6	162	22,7	205	28,7	714	
60 ou mais	35	48,6	16	22,2	21	29,2	72	
Escolaridade (1077)* (anos)								
≤ 8	275	48,2	131	23,0	164	28,8	570	0,291
> 8	239	47,1	102	20,1	166	32,7	507	
Ocupação (1236)*								
Assalariada	99	46,7	49	23,1	64	30,2	212	0,615
Não assalariada	186	51,0	72	19,7	107	29,3	365	
Não trabalha	307	46,6	137	20,8	215	32,6	659	
Região de moradia (1330)*								
Zona urbana	612	47,9	272	21,3	394	30,8	1278	0,628
Subúrbio	24	46,2	9	17,3	19	36,5	52	

*Os valores entre parênteses indicam o número de casos válidos para cada variável. As diferenças na categoria total são devidas a *missing data*.

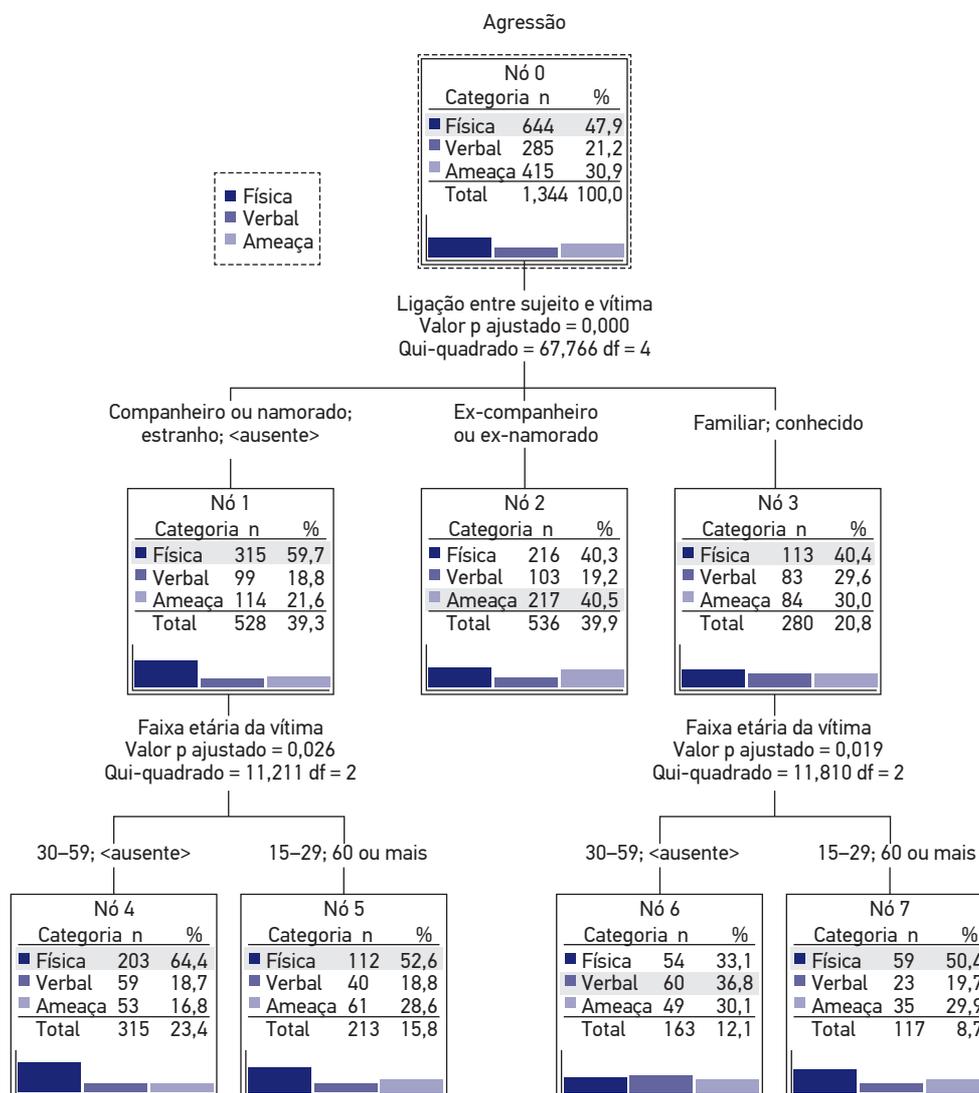
Tabela 2. Distribuição do tipo de agressão (física, verbal e ameaça) segundo as características sociodemográficas dos agressores, a circunstância e o período de ocorrência.

Variáveis	Tipo de agressão						Total	Valor p
	Física		Verbal		Ameaça			
Categorias	n	%	n	%	n	%		
Sexo (1318)*								
Feminino	37	42,0	18	20,5	33	37,5	88	0,363
Masculino	593	48,2	263	21,4	374	30,4	1.230	
Faixa etária (1072)* (anos)								
15 – 29	159	46,9	63	18,6	117	34,5	339	0,362
30 – 59	336	47,8	154	21,9	213	30,3	703	
60 ou mais	14	46,7	9	30,0	7	23,3	30	
Ocupação (1070)*								
Assalariado	154	49,7	60	19,4	96	31,0	310	0,379
Não assalariado	274	45,4	136	22,6	193	32,0	603	
Não trabalha	84	53,5	29	18,5	44	28,0	157	
Região de moradia (1236)*								
Zona urbana	567	47,4	252	21,1	376	31,5	1.195	0,389
Subúrbio	19	46,3	12	29,3	10	24,4	41	
Ligação com a vítima (1317)*								
Companheiro	283	59,0	91	19,0	106	22,1	480	< 0,001
Ex-companheiro	216	40,3	103	19,2	217	40,5	536	
Familiar	75	41,9	50	27,9	54	30,2	179	
Conhecido	38	37,6	33	32,7	30	29,7	101	
Estranho	16	76,2	2	9,5	3	14,3	21	
Circunstância (1175)*								
Doméstica	385	47,4	182	22,4	246	30,3	813	0,122
Comunitária	183	50,6	62	17,1	117	32,3	362	
Dia de ocorrência (1217)*								
Dias úteis	375	46,5	181	22,4	251	31,1	807	0,453
Fins de semana	206	50,2	84	20,5	120	29,3	410	
Turno de ocorrência (1007)*								
Diurno	230	47,7	108	22,4	144	29,9	482	0,689
Noturno	259	49,3	106	20,2	160	30,5	525	

*Os valores entre parênteses indicam o número de casos válidos para cada variável. As diferenças na categoria total são devidas a *missing data*.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que o tipo mais comum de violência contra a mulher correspondeu à agressão física, o que é consistente com os resultados de outro estudo realizado



Df: degrees of freedom.

Figura 1. Análise multivariada por meio da árvore de decisão *Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID) para a violência contra a mulher (agressão física, agressão verbal e ameaça), ajustada por fatores sociodemográficos.

em uma Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) do estado brasileiro de São Paulo, que identificou a agressão física como o tipo de violência mais comumente reportado¹⁶. Mas tanto o abuso físico quanto o psicológico podem impactar negativamente a saúde e a qualidade de vida da mulher^{2,5}. Portanto, faz-se necessário combater e dimensionar o tema da violência contra as mulheres entre todos os níveis de organização da sociedade, de modo a envolver o indivíduo, a família, a comunidade e os diferentes níveis sociais ao mesmo tempo².

Prevaleram os casos de violência doméstica contra a mulher. No Brasil, tem sido reportado que aproximadamente 70% das situações de violência contra a mulher são vivenciadas na própria residência da vítima⁷. A prevalência de violência doméstica identificada no presente estudo foi maior do que a encontrada em pesquisas feitas na Romênia⁵ (56,3%) e na Arábia Saudita¹⁷ (34%). Sendo assim, torna-se fundamental o acesso a serviços de atenção e suporte a essas vítimas.

A distribuição dos tipos de agressão entre as mulheres mais jovens, da faixa etária de 15 a 29 anos, mulheres adultas maduras, da faixa etária de 30 a 59 anos, e mulheres idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, sugere diferenças na vitimização de acordo com os ciclos de vida, concordando com estudos prévios da literatura^{4,13}.

A média de idade das vítimas foi de 35,72 (desvio padrão – DP = 12,98; valor mínimo: 15 anos; valor máximo: 94 anos). Outros estudos desenvolvidos no Brasil reportaram que mulheres adultas, geralmente entre 20 e 49 anos de idade, representam as principais vítimas de violência^{4,16}. Essa faixa etária caracteriza-se por ser um importante estágio do ciclo de vida da mulher, relacionado ao período reprodutivo e de atenção e cuidado com os filhos. Inquérito populacional participante do *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, que incluiu 790 mulheres que coabitam com filhos de 5 a 12 anos, residentes no município de São Paulo, SP, e na Zona da Mata de Pernambuco, evidenciou que pode haver repercussão da violência contra as mulheres no comportamento dos filhos, indicando a necessidade de se adotar medidas efetivas para seu enfrentamento¹⁹.

Mulheres com baixa escolaridade relataram maior vitimização por agressão física em comparação com mulheres de escolaridade maior, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa. Diversos autores destacaram a relação direta entre baixa escolaridade e maior propensão das mulheres que reportam violência, especialmente perpetrada por parceiro íntimo^{1,2,5,10,19}. É provável que as mulheres com maior grau de instrução possuam mais acesso à informação e aos recursos e, portanto, tolerem menos um relacionamento marcado por situações de abuso¹⁰. Ou então, por conta do receio de denunciar, existe a possibilidade de que muitos casos sejam subnotificados.

Estudo feito em duas regiões brasileiras como parte do WHO *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*¹⁹ identificou que ter até oito anos de escolaridade foi um dos fatores associados à ocorrência de violência por parceiro íntimo. Resultados semelhantes foram achados por um estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizado mediante inquéritos de base populacional de Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, República da Tanzânia, Samoa, Sérvia e Montenegro

e Tailândia, o qual ressaltou associação entre conclusão do ensino secundário pela mulher ou seu parceiro e diminuição da violência por parceiro íntimo²⁰. Nesse cenário, salienta-se o papel da educação e do empoderamento econômico no contexto das transformações sociais centradas na superação da desigualdade de gênero e diminuição dos níveis de violência¹. Não foi possível analisar as diferenças nos níveis de educação entre os sujeitos agressores, o que poderia constituir outro fator na associação entre educação e violência contra a mulher.

Observou-se prevalência maior de violência física, violência verbal e ameaça entre as mulheres que não trabalhavam se comparadas às mulheres independentes economicamente, embora não tenha existido diferença estatisticamente significativa. Estima-se que as mulheres economicamente dependentes têm probabilidade 1,5 vez maior de ser abusada fisicamente por seu cônjuge¹⁷. Embora a maior parte dos casos de violência contra a mulher tenha se concentrado na região correspondente à zona urbana, não se verificou associação estatisticamente significativa para nenhuma subcategoria específica de violência. Nessa região o aglomerado de pessoas é superior em comparação ao aglomerado das cidades que compõem a zona suburbana. Além disso, outro ponto a se destacar é que o acesso à delegacia de polícia por parte dos residentes na região suburbana é mais difícil, podendo haver subnotificação da violência nessa localidade. Uma ferramenta de grande utilidade nesses casos é o geoprocessamento.

Quase todos os agressores eram homens (93%), confirmando achados prévios da literatura que diz que as mulheres são mais agredidas por homens, os quais na maioria das vezes possuem alguma relação íntima com a vítima¹⁶. Esse resultado pode ser compreendido ao analisar a problemática da violência tendo em vista as questões de gênero na sociedade brasileira. Os homens ainda são bastante caracterizados por práticas machistas e estão presentes no contexto da violência em diferentes lugares, sendo produto e alvo dos padrões de subjetividade norteados pelos modelos de gênero e pelas relações desiguais de poder²¹⁻²³. No Brasil, essas questões são potencializadas pelas notórias desigualdades socioeconômicas da população²⁴. Portanto, os gestores públicos devem delinear programas que envolvam os homens autores de violência contra as mulheres, visando preveni-la e minimizar seus reflexos nos indicadores de saúde da população.

Uma das particularidades do presente trabalho diz respeito ao fato de que a ligação que o agressor tinha com a vítima pareceu influenciar no tipo de agressão perpetrada. O grau de proximidade entre agressor e vítima tem demonstrado ser uma das variáveis mais relevantes para compreender a ocorrência de violência contra a mulher^{4,16}. Dos 20 até os 50 anos de idade, os companheiros representam os principais agentes agressores, enquanto após os 60 anos os familiares (sobretudo os filhos) e pessoas conhecidas (geralmente os cuidadores) assumem destaque no papel do agente agressor⁷.

Com o objetivo de traçar o perfil da violência contra a mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores, foi construído um modelo multivariado de árvore de decisão (CHAID). O uso dessa análise é relativamente novo em investigações da área de epidemiologia e saúde pública, sendo considerado bastante promissor para a identificação de populações de risco²⁵. Caracteriza-se por ser uma técnica de *data mining*

na qual há sistematização dos dados a fim de se obter tomadas de decisões, o que parece ser apropriado para atividades de vigilância epidemiológica em saúde, uma vez que pode ser direcionada para condições a nível individual e populacional²⁶.

Temáticas como perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social²⁶, fatores de risco para reincidência do tabagismo²⁷ e qualidade de vida²⁸ vêm sendo abordadas recentemente por meio de análises de árvores de decisão. No presente estudo, o perfil da violência contra a mulher pode ser explicado por diferenças em relação à faixa etária das vítimas e a relação que estas tinham com o sujeito agressor. Observando o gráfico por intermédio dos nós-terminais ou folhas, verificou-se a formação de três perfis. O perfil 1 foi formado por mulheres adultas (30–59 anos) que sofreram agressão física de seu companheiro/namorado ou de um sujeito estranho. No estudo de Rada, obteve-se que de 24 a 43% das pessoas experimentam alguma forma de violência por parceiro íntimo durante suas vidas⁵.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a violência por parceiro íntimo é uma das modalidades mais prevalentes, no entanto muitos casos não são identificados, e não se realiza nenhum tipo de acolhimento, assistência, apoio ou encaminhamento²⁹. Partindo-se da perspectiva socioecológica, a violência pode ser entendida como o produto da interação entre indivíduo, família, comunidade e fatores de nível social, produzindo dano físico, mental e social em suas vítimas. Portanto, abordagens comunitárias integrativas e participativas podem propiciar a incorporação de vozes e perspectivas das mulheres em programas que visam à redução da violência por parceiro íntimo¹⁰.

Diferentes modelos teóricos podem ser utilizados com a finalidade de compreender por que a violência acontece nas relações íntimas. Podem ser citados os modelos psicopatológicos, as teorias de sistemas sociológicos, de gênero e de família. Entre eles, as teorias sociológicas mostram que baixa escolaridade, condição socioeconômica, estresse, falta de apoio e de suporte das autoridades (serviços de saúde, bem-estar social) e uma rede social fechada contribuem para a maior ocorrência de violência por parceiro íntimo⁹. A exposição à violência perpetrada por um parceiro pode fazer surgir sentimentos de ódio e desafeto em relação a ele. Em situações tensas, mulheres tendem a relatar sintomas como dores de cabeça, depressão e outros transtornos mentais, bem como tentativas de suicídio².

O perfil 2 foi formado por mulheres que sofreram ameaças de ex-companheiro ou ex-namorado. Esses resultados coincidem com os observados por outro estudo desenvolvido em uma delegacia especializada de Minas Gerais, onde as ameaças constituíram o tipo mais frequente de violência contra a mulher⁴. A exposição à ameaça e linguagem abusiva pode resultar em frustração e isolamento social². Isso destaca a importância de medidas de prevenção e intervenção, pois essas mulheres estão vulneráveis a sofrer agressão física ou até mesmo a morrer.

O perfil 3 foi formado por mulheres jovens de 15 a 29 anos e idosas de 60 anos ou mais que sofreram agressão física de familiares ou pessoas conhecidas. Estudo realizado com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) verificou que a violência contra idosos brasileiros é mais comum entre mulheres sem convívio marital e que geralmente são agredidas em âmbito doméstico por pessoas do convívio delas³⁰. Esses resultados chamam

a atenção para o fato de que no Brasil tem sido observado o aumento do número de idosos com possibilidade de atingir elevadas faixas etárias, acarretando em modificações nas políticas sociais e constituindo um dos grandes desafios da saúde pública³¹. Portanto, conhecer as diferentes manifestações da violência contra a população idosa poderá subsidiar ações para o seu enfrentamento, identificando características de vulnerabilidade em que as redes de apoio poderão atuar de forma efetiva³².

Nos últimos anos, têm-se observado a criação, a articulação, a integração e a consolidação de planos e redes de proteção e de garantia dos direitos das pessoas idosas no Brasil^{33,34}. Ações concretas são fundamentais, tendo em vista que a população idosa cresce aceleradamente e situações de abuso e maus-tratos se tornam cada vez mais evidentes. Dessa forma, rastrear casos de violência contra pessoas idosas e compreender os fatores contextuais e situacionais associados torna-se crucial, e os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) aparecem como peças-chave desse cenário.

Em função da natureza transversal do desenho metodológico desta análise, não foi possível estabelecer relação de causalidade. Além disso, os resultados devem ser interpretados com cautela, já que eles ressaltam apenas uma parcela dos eventos, referente aos casos em que as vítimas decidiram reportar o abuso à polícia. Estudos populacionais representativos e que abordem também a ocorrência de violência sexual deverão ser realizados, com os objetivos de ampliar o conhecimento existente sobre a violência contra a mulher, de avaliar as necessidades dos serviços de saúde e de contribuir para o planejamento de ações intersetoriais para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos.

Por outro lado, os resultados obtidos fornecem informações relevantes sobre a ocorrência de violência contra a mulher e abrem espaço para a discussão de novas questões que poderão ser abordadas em pesquisas futuras. O emprego da análise da árvore de decisão no estudo da violência contra a mulher é inovador e de grande utilidade, pois a natureza hierárquica do gráfico gerado permite ao pesquisador mapear o desfecho, identificar os fatores determinantes e visualizar subgrupos de indivíduos com perfis específicos que podem ser abordados posteriormente pelos serviços de saúde e assistência social de forma mais direcionada, algo que nem sempre é possível com a utilização de técnicas estatísticas clássicas. Por conseguinte, constitui um método bastante promissor para analisar dados provenientes de estudos epidemiológicos e de saúde pública, podendo fornecer informações úteis para nortear a tomada de decisão e subsidiar o planejamento das ações e políticas públicas.

CONCLUSÃO

Verificou-se que existem diferenças nas formas de vitimização de violência contra a mulher de acordo com os ciclos de vida para a população averiguada. Sendo assim, os estudos e as ações de saúde devem considerar o fato de que mulheres em diferentes fases da vida apresentam mais exposição a diferentes tipos de violência.

É vital que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais que sugerem não só agressão física, como também psicológica. O reconhecimento da violência contra a mulher como um importante problema de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos faz-se necessário para que haja alocação adequada de recursos para a expansão dos centros de atenção social das vítimas de violência. O panorama atual requer um olhar urgente de todos os níveis de organização política, social, judicial e da saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Delegacia Especializada da Mulher (DEM) do município de Campina Grande, PB, Brasil, a autorização no manejo de aquisição dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Ali TS, Krantz G, Gul R, Asad N, Johansson E, Mogren I. Gender roles and their influence on life prospects for women in urban Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Glob Health Action*. 2011; 4: 7448. DOI: 10.3402/gha.v4i0.7448
2. Ali TS, Krantz G, Mogren I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. *Int J Womens Health*. 2012; 4: 577-85. DOI: 10.2147/IJWH.S33325
3. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5): 797-807. DOI: 10.1590/S0034-89102007000500014
4. Leite MT, Figueiredo MF, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2014; 22(1): 85-92. DOI: 10.1590/0104-1169.3186.2388
5. Rada C. Violence against women by male partners and against children within the family: prevalence, associated factors, and intergenerational transmission in Romania, a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 129. DOI: 10.1186/1471-2458-14-129
6. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União, 8 agosto 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos (Cebela); 2012.
8. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violence against women by intimate partners: use of health services. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2): 237-45. DOI: 10.1590/S1415-790X2010000200006
9. Ali NS, Ali FN, Khuwaja AK, Nanji K. Factors associated with intimate partner violence against women in a mega city of South-Asia: multi-centre cross-sectional study. *Hong Kong Med J* 2014; 20(4): 297-303. DOI: 10.12809/hkmj134074
10. Bazargan-Hejazi S, Medeiros S, Mohammadi R, Lin J, Dalal K. Patterns of intimate partner violence: a study of female victims in Malawi. *J Inj Violence Res*. 2013; 5(1): 38-50. DOI: 10.5249/jivr.v5i1.139
11. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(8): 677-89. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.08.002
12. Avanci J, Assis S, Oliveira R. A cross-sectional analysis of women's mental health problems: examining the association with different types of violence among a sample of Brazilian mothers. *BMC Women's Health* 2013; 13: 20. DOI: 10.1186/1472-6874-13-20
13. Thomas KA, Sorenson SB, Joshi M. Police-documented incidents of intimate partner violence among young women. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19(6): 1079-87. DOI: 10.1089/jwh.2009.1612
14. Brasil. Brazilian Institute of Geography and Statistics [homepage on the internet]. First Results of the 2010 Census. [cited 2015 Jan. 17]. 2010. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>
15. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. 7th edition. New Jersey: Prentice Hall; 2009.

16. Fonseca RM, Egry EY, Guedes RN, Gutierrez AR, Tezzei FP. Violence against women: a study of the reports to police in the city of Itapevi, São Paulo, Brazil. *Midwifery* 2011; 27(4): 469-73. DOI: 10.1016/j.midw.2010.03.004
17. Fageeh WM. Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. *BMJ Open* 2014; 4(2). DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004242
18. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Impact of exposure to intimate partner violence on children's behavior. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2): 1-9. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000004
19. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 299-311. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013
20. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11: 109. DOI: 10.1186/1471-2458-11-109
21. Souza ER. Masculinity and violence in Brazil: contributes to reflection in health field. *Ciêns Saúde Colet* 2005; 10(1): 59-70. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100012
22. Lima DC, Buchele F, Climaco DA. Men, gender and violence against women. *Saúde Soc* 2008; 17(2): 69-81. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200008
23. Schraiber LB, Barros CR, Couto MT, Figueiredo WS, de Albuquerque FP. Men, masculinity and violence: a study in primary health care services. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 790-803. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000400011
24. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011; 377(9781): 1962-75. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60053-6
25. Lemon SC, Roy J, Clark MA, Friedmann PD, Rakowski W. Classification and regression tree analysis in public health: methodological review and comparison with logistic regression. *Ann Behav Med* 2003; 26(3): 172-181.
26. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Adult tooth loss profile in accordance with social capital and demographic and socioeconomic characteristics. *Ciêns Saúde Colet* 2014; 19(6): 1849-58. DOI: 10.1590/1413-81232014196.02332013
27. Piper ME, Loh WY, Smith SS, Japuntich SJ, Baker TB. Using decision tree analysis to identify risk factors for relapse to smoking. *Subst Use Misuse* 2011; 46(4): 492-510. DOI: 10.3109/10826081003682222
28. Campolina AG, Ciconelli RM. Quality of life and utility measures: clinical parameters for decision-making in health. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(2): 128-36. DOI: 10.1590/S1020-49892006000200013
29. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D, et al. Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 566-77. DOI: 10.1590/S1415-790X2009000400007
30. Mascarenhas MD, Andrade SS, das Neves AC, Pedrosa AA, da Silva MM, Malta DC. Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector — Brazil, 2010. *Ciêns Saúde Colet* 2012; 17(9): 2331-41. DOI: 10.1590/S1413-81232012000900014
31. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violence against aged people: a new issue? *Saúde Soc* 2008; 17(3): 90-100. DOI: 10.1590/S0104-12902008000300010
32. Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciêns Saúde Colet* 2012; 17(8): 2199-208. DOI: 10.1590/S1413-81232012000800030
33. Minayo MCS. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciêns Saúde Colet* 2007; 11: 1259-67. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500015
34. de Souza ER, Minayo MC. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciêns Saúde Colet* 2010; 15(6): 2659-68. DOI: 10.1590/S1413-81232010000600002

Recebido em: 21/04/2015

Versão final apresentada em: 14/06/2016

Aprovado em: 15/06/2016