

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

Physical violence against women by an intimate partner: analysis of VIVA Survey 2017

Nádia Machado de Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0002-2323-3064>)¹

Fabiana Martins Dias de Andrade (<https://orcid.org/0000-0001-8277-6061>)¹

Crizian Saar Gomes (<https://orcid.org/0000-0001-6586-4561>)¹

Regina Tomie Ivata Bernal (<https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>)²

Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)³

Abstract *This article aims to characterize physical violence by an intimate partner suffered by adult women treated in public urgency and emergency services in Brazil. This is a cross-sectional study using data from the VIVA Survey 2017. The proportions and 95% confidence intervals of the characteristics of the victim, violence, and perpetrator were calculated. The associations of characteristics were identified through Simple Correspondence Analysis (SCA). More than half of the assisted women self-declared their race/skin color to be black (70.2%) and were the victim of a male perpetrator (96.3%). Most violence occurred at home (71.1%) through physical force (74.1%). In the SCA, an association was found among the variables of age group, between 40 and 59 years; level of education, up to 08 years of study; alcohol consumption by the victim; and violence by weapons (Profile 2). An association was also found among the variables of age group, between 18 and 24 years; black race/skin color; lack of paid work; aggression on public places; and more serious injuries (Profile 4). There are different intimate partner violence (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.*

Key words *Intimate partner violence, Health status disparities, Health surveys*

Resumo *O objetivo deste artigo é caracterizar a violência física por parceiro íntimo sofrida por mulheres adultas atendidas nos serviços públicos de urgência e emergência do Brasil. Estudo transversal utilizando dados do VIVA Inquérito 2017. Foram calculados as frequências e os intervalos de confiança das características da vítima, da violência e do agressor. As associações das características foram identificadas por meio da análise de correspondência simples (ACS). A maioria 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 a faixa etária de 40 a 59 anos, escolaridade de até 08 anos de estudo, consumo de álcool pela vítima e violência por meio de armas (perfil 2); e a associação da 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). 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*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.

nadiamv87@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

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.*² 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 socio-demográficas 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 do 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

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
Características da vítima			
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
Características do provável agressor			
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

Fonte: Autoras.

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

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

Fonte: Autoras.

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	

Nota: valor-p<0,00 (resultado não mostrado na tabela). ^aResultado do teste χ^2 de Pearson; ^bPercentual relativo; ^cPercentual acumulado.

Fonte: Autoras.

homem, mas também explorada por ele²². Assim, enquanto ao homem se reserva o papel de provedor e de potência decisória na participação públi-

ca/política da sociedade, a mulher tem seu papel circunscrito na esfera privada, devendo suprir as necessidades do homem e da prole, numa forma

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	Dimensão 1	Dimensão 2
Faixa etária			
	18 a 24 anos	0,082	0,545
	25 a 39 anos	0,177	0,016
	40 a 59 anos	0,087	0,318
Escolaridade			
	Até 08 anos	0,165	0,068
	09 ou mais anos	0,160	0,044
Raça/cor da pele			
	Branca	0,085	0,002
	Preta/parda	0,242	0,008
Linha			
Consumo de álcool pela vítima	Sim	0,042	0,297
Atividade remunerada	Sim	0,067	0,056
	Não	0,065	0,099
Local da agressão	Residência	0,097	0,000
	Via pública	0,025	0,082
	Outro	0,012	0,026
Meio da agressão	Força física	0,101	0,050
	Armas (branca/de fogo)	0,018	0,008
	Objeto contundente	0,013	0,045
Parte do corpo atingida	Cabeça	0,068	0,000
	Múltiplos órgãos	0,016	0,120
Tipo de lesão	Contusão	0,057	0,006
	Corte	0,044	0,025
	Trauma	0,021	0,007
Gravidade da lesão	Leve	0,116	0,001
	Grave	0,018	0,048
Sexo do agressor	Masculino	0,131	0,002
Suspeita de consumo de álcool pelo agressor	Sim	0,089	0,127

Fonte: Autoras.

de desumanização da mesma¹⁸. Nessa visão, a supremacia masculina legitima 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 coloca 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.

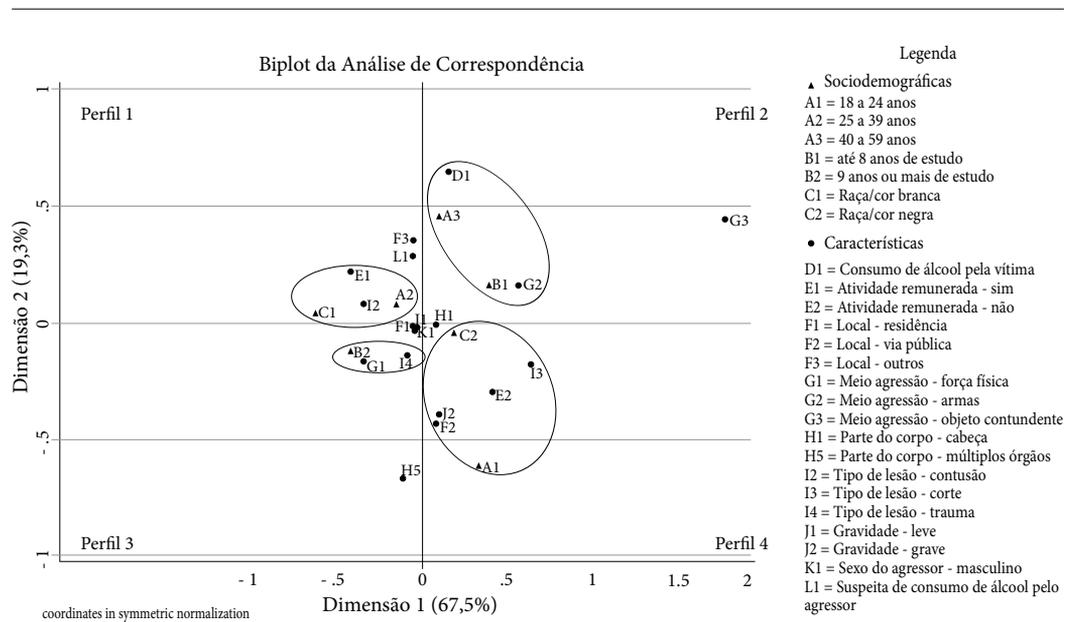


Gráfico 1. Biplot com os perfis da violência física contra as mulheres adultas por parceiro íntimo registradas no VIVA Inquérito 2017.

Fonte: Autoras.

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.

Colaboradores

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.

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.

Financiamento

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

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 (Ipea). 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; 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):1811-1818.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva Inquérito 2017: Vigilância de violências e acidentes em serviços sentimentais de urgência e emergência - capitais e municípios*. Brasília: MS; 2019.
11. Minayo MCS, Franco S. *Violence and Health*. Oxford: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health; 2018.
12. Infantsi 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):473-486.
13. Malta DC, Bernal RTI, Lima CM, Cardoso LSM, Andrade FMD, Marcato 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. In: *IV Encontro Produção Científica e Tecnológica*. Campo Mourão: FECILCAM/NUPEM; 2009; 20-23 out.
15. World Health Organization (WHO). *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 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):2911-2920.
20. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaucha Enferm* 2012; 33(2):109-116.
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):115-136.
23. Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Rev ESMESC* 2018; 25(31):239-264.
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. *Interfície (Botucatu)* 2009; 13(31):383-394.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Brasília: IBGE; 2019.
27. 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):2963-2970.
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):847-853.
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; 118:216-219.
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.

Artigo apresentado em 27/05/2022

Aprovado em 07/06/2022

Versão final apresentada em 09/06/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva