

Alessandra Bruschi^I

Cristiane Silvestre de Paula^{II}

Isabel Altenfelder Santos Bordin^I

Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida

Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em mulheres de comunidade urbana de baixa renda e identificar os tipos de ajuda procurados pelas vítimas.

MÉTODOS: Trata-se de estudo-piloto brasileiro de corte transversal, vinculado a projeto multicêntrico internacional conduzido em 1999, com amostra probabilística de conglomerados no município de Embu, Estado de São Paulo. Foram considerados elegíveis os domicílios com mulheres de 15 a 49 anos, que residissem com filho/filha <18 anos e tivessem vivido com algum marido/companheiro ao longo da vida. Entrevistadoras treinadas aplicaram questionários padronizados (n=86). Três tipos de violência conjugal física sofrida ao longo da vida foram investigados: grave (chute, soco, espancamento e/ou uso/ameaça de uso de arma), não grave (tapa na ausência de violência grave) e algum tipo (grave e/ou não grave, além de outras formas de agressão física espontaneamente referidas) e os tipos de ajuda procurada (pessoas e instituições). Foram calculadas as frequências dos tipos de violência e respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS: As entrevistadas referiram tapa (32,6%), soco (17,5%), espancamento (15,2%), uso/ameaça de arma (13,9%) e chute (10,6%). Foram altas as taxas de prevalência de violência conjugal: grave 22,1% (13,3-30,9), não grave 10,5% (4,0-17,0) e algum tipo 33,7% (32,7-34,7). Vítimas de violência grave procuraram ajuda mais frequentemente da polícia/delegacia (36,8%) ou de curandeiros/benedeiras/pais de santo (21,1%) que de centros de saúde (5,3%), apesar da disponibilidade desses serviços na região.

CONCLUSÕES: A violência conjugal física ao longo da vida é frequente e grave na comunidade estudada, sendo que a procura de ajuda foi direcionada mais frequentemente à polícia/delegacia ou a curandeiros/benedeiras/pais de santo do que a centros de saúde.

DESCRIPTORIOS: Violência doméstica. Maus-tratos conjugais. Mulheres maltratadas. Prevalência. Estudos transversais. Serviços de saúde para mulheres. Apoio social.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the lifetime prevalence of physical marital violence among women from a low-income urban community and to investigate help-seeking behavior among victims.

METHODS: This is the Brazilian pilot cross-sectional study for an international

^I Departamento de Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Faculdade de Psicologia. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Isabel A. S. Bordin
Setor de Psiquiatria Social - Unifesp
Rua Botucatu, 572 Cj. 101
04023-061 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: fbordin@diaddata.com.br

Recebido: 16/8/2004. Revisado: 23/9/2005.
Aprovado: 1/12/2005.

multicenter study conducted in 1999, and is based on a probabilistic cluster sample from the municipality of Embu, São Paulo State. We considered as eligible women aged 15 to 49 years, living with children under age 18 years, who had lived with a husband or partner in lifetime. Information was collected using standardized questionnaires (n=86), administered by trained interviewers. We investigated three types of physical violence: severe (kicking, hitting with fist, beating, and/or use/threat to use weapon), non-severe (slapping in the absence of severe violence), and any type (severe and/or non-severe and/or other physical aggressions spontaneously referred), as well as the type of help sought by the victim (from people or institutions). We calculated frequency and 95% confidence intervals for each type of violence.

RESULTS: Subjects reported slapping (32.6%), hitting with fist (17.5%), beating (15.2%), use/threat to use weapon (13.9%), and kicking (10.6%). Prevalence of marital violence was high: 22.1% (13.3-30.9) for severe violence, 10.5% (4.0-17.0) for non-severe violence, and 33.7% (32.7-34.7) for any type of violence. Victims of severe violence were more likely to seek help from the police (36.8%) or from traditional healers (21.1%) than from health care facilities (5.3%), despite the availability of these services in the area.

CONCLUSIONS: Physical marital violence is frequent and severe among the population studied, and help was sought preferentially from the police or traditional healers rather than from health care services.

KEYWORDS: Domestic violence. Spouse abuse. Battered women. Prevalence. Cross-sectional studies. Women's health services. Social support.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema grave que afeta famílias de diversos países e classes sociais.¹⁰ O Brasil tomou mais consciência do problema durante os anos 80, quando a violência doméstica foi amplamente debatida pelo movimento feminista, resultando em grande sensibilização social. Nessa década, as administrações estaduais e a federal criaram conselhos femininos para lidar com a violência conjugal. No Brasil, em 1984, foi ratificada a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas. No ano seguinte, foram criadas delegacias de polícia especializadas em crimes de violência contra a mulher, formadas por policiais do sexo feminino.⁷ No entanto, as taxas de prevalência de violência conjugal física e os tipos de ajuda procurados pelas mulheres vitimizadas ainda são pouco conhecidos, merecendo a atenção de estudos populacionais.

Uma revisão da literatura sobre estudos populacionais que investigaram a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida mostrou que em países desenvolvidos,^{4,11,12,14,15,18} a prevalência variou de

5,3%¹⁴ a 25%²⁰ para algum tipo de violência e de 7,1%¹⁵ a 18%¹² para violência grave. Nesses estudos, a metodologia utilizada foi bem semelhante, predominando o desenho de corte transversal, a seleção da amostra por discagem telefônica aleatória, o enfoque em mulheres em idade reprodutiva com marido ou companheiro ao longo da vida e as definições de violência conjugal física baseadas no instrumento *Conflict Tactics Scale*.¹⁶

Nos países em desenvolvimento, estudos populacionais sobre violência conjugal física ao longo da vida foram conduzidos na América Latina,^{6,20,*,**} Ásia^{8,17} e África.⁹ Nesses países, a prevalência variou de 19,1% a 47% para algum tipo de violência e de 20% a 37,8% para violência grave. Na maioria dessas pesquisas, a coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados, em contato face a face. Entretanto, em mais da metade dos estudos não havia definições claras a respeito do tipo de violência conjugal física mensurado.

De modo geral, os estudos populacionais mencionados indicaram que é grande a percentagem de mulheres vítimas de violência conjugal física que não procura nenhum tipo de ajuda. Quando procuram, recorrem a pessoas (familiares e amigos) e a instituições

*Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

**Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência de violência física contra a mulher cometida por parceiros na cidade de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco e sua distribuição segundo características sociodemográficas [resumo]. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;(Supl esp):36

(polícia, serviços específicos para vítimas de violência doméstica e profissionais da saúde).

Estudos realizados no Brasil têm mostrado que a violência conjugal é um problema que atinge muitas mulheres. Foi realizado estudo¹⁹ nacional sobre a mulher nos espaços público e privado, com amostra estratificada por idade e macro-região do País. Foram entrevistadas 2.502 mulheres brasileiras com 15 anos ou mais, moradoras de áreas urbanas e rurais de 187 municípios de 24 Estados. O estudo revelou prevalência de 33% para algum tipo de violência física e de 22% para agressões. Entretanto, a maioria dos dados disponíveis no Brasil foi obtida a partir de amostras de usuárias de serviços,^{2,5,13} sem trazer informações sobre a magnitude do problema na população geral e o padrão de procura de ajuda pelas vítimas.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de estimar a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em mulheres de comunidade urbana de baixa renda e identificar os tipos de ajuda procurados pelas vítimas.

MÉTODOS

Essa pesquisa consistiu na fase piloto do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSAFE). Ela faz parte do projeto multicêntrico WorldSAFE (*World Studies of Abuse in Family Environments*), uma iniciativa internacional envolvendo pesquisadores do Brasil, Chile, Egito, Filipinas, Índia e Estados Unidos.³ O estudo foi conduzido em 1999 no Jardim Santa Emília, bairro de baixa renda localizado no município de Embu, Estado de São Paulo. Não havia favelas no bairro estudado. A escolha do município justificou-se pela possibilidade de desenvolver intervenções locais.

O estudo baseou-se em amostra probabilística de conglomerados, onde todos os domicílios elegíveis foram identificados. O sorteio dos quatro conglomerados (áreas geográficas de homogeneidade interna máxima e tamanho semelhante, pertencentes a setores censitários) do Jardim Santa Emília foi feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também responsável pela elaboração dos mapas dos quarteirões correspondentes. Todos os domicílios desses quarteirões foram visitados. Nome e idade dos moradores de cada domicílio foram listados. A definição de domicílio baseou-se na opinião de seus moradores. O mapeamento dos primeiros dois conglomerados resultou em 97 domicílios elegíveis (amostra inicial). O terceiro e quarto conglomerados serviram de fonte de domicílios elegíveis para substituição de eventuais perdas (recusas, mudanças de

endereço e mais de três faltas a entrevistas agendadas no posto de saúde do bairro em datas e horários escolhidos pelas mulheres). A reposição das perdas seguiu ordem consecutiva na listagem de domicílios elegíveis do terceiro e quarto conglomerados. Cada domicílio da amostra inicial perdido tinha apenas um domicílio substituto. Caso a substituição resultasse em perda, esta era computada na amostra final (N=86; perda amostral=11,3%). Para que o domicílio fosse considerado elegível, nele deveria residir pelo menos uma mulher com idade entre 15 e 49 anos com um ou mais filhos menores de 18 anos também residentes e que ao longo da vida já tivesse morado com pelo menos um marido ou companheiro. Quando existia mais de uma mulher elegível no domicílio, uma era selecionada por sorteio.

Após assinatura de termo de consentimento informado, as mulheres foram entrevistadas individualmente no posto de saúde por psicólogas e assistentes sociais com especialização em saúde mental, todas do sexo feminino, para favorecer o relato da violência conjugal. As entrevistadoras receberam 32 horas de treinamento com um membro do WorldSAFE, para atuar especificamente como técnicas na aplicação de questionários padronizados. As questões utilizadas para identificar a violência conjugal foram derivadas do instrumento *Conflict Tactics Scale*.¹⁶ O BrazilSAFE seguiu o protocolo de pesquisa do WorldSAFE, que não incluiu o instrumento completo para não tornar a entrevista longa demais, já que a violência conjugal era um entre vários temas abordados pelo estudo multicêntrico.

“Algum tipo de violência conjugal física” incluiu: tapa, chute, soco, espancamento e uso ou ameaça de uso de arma, além de outros tipos de agressão física, espontaneamente mencionados pelas mulheres. A “violência conjugal física grave” incluiu: chute, soco, espancamento e uso ou ameaça de uso de arma. A “violência conjugal não grave” foi definida como a ocorrência de tapas na ausência de agressões físicas compatíveis com violência grave. Foram identificados os tipos de ajuda procurados pelas mulheres vitimizadas, incluindo pessoas e instituições.

Terminada a entrevista, as profissionais acolhiam e orientavam as vítimas de violência doméstica a procurar serviços especializados.

RESULTADOS

As mulheres da amostra tinham idade entre 20 e 49 anos (média; DP=34;7,1), 43,0% nunca havia estudado ou não havia completado a primeira série do ensino fundamental (mediana=2 anos de estudo) e

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de mulheres (N=86). Embu, SP, 1999.

Características sociodemográficas	N (%)
Idade (anos)	
20-29	26 (30,2)
30-39	39 (45,4)
40-49	21 (24,4)
Escolaridade (última série que completou)	
Nunca estudou ou 1ª série do ensino fundamental incompleta	37 (43,0)
Completou alguma série entre 1ª e 7ª	37 (43,0)
Completou a 8ª série e parou	4 (4,7)
Completou 1ª ou 2ª série do ensino médio	2 (2,3)
Completou a 3ª série do ensino médio	6 (7,0)
Trabalho remunerado	
Sim	41 (47,7)
Não	45 (52,3)
Número de maridos/companheiros ao longo da vida	
1	70 (81,4)
2	14 (16,3)
3	2 (2,3)
Duração do relacionamento conjugal (anos)*	
1-5	13 (16,9)
6-10	18 (23,4)
11-15	23 (29,8)
16-20	9 (11,7)
21 ou mais	14 (18,2)

*Quando havia mais de um marido/companheiro ao longo da vida, considerou-se o último relacionamento.

52,3% não estava realizando trabalhos remunerados no momento da entrevista. A grande maioria (81,4%) havia tido apenas um marido/companheiro ao longo da vida e mais da metade das mulheres (59,7%) estava casada há mais de 10 anos (Tabela 1).

O perfil sociodemográfico familiar revelou que em 56,9% dos domicílios havia de três a quatro residentes (mediana=4). As famílias eram geralmente compostas pela mulher, marido e dois filhos, havendo um morador por cômodo (não incluindo banheiros) em 60,5% dos casos. Mais da metade das mulheres estava morando há mais de cinco anos no mesmo domicílio, sendo que 66,3% das famílias residiam em domicílio próprio ou estavam pagando prestações. Quando questionadas sobre quem era o chefe da casa, 84% responderam ser o marido/companheiro. Nos domicílios onde não havia marido/companheiro residente (12,8%), as mulheres referiram a si próprias como chefes da casa.

Entre os comportamentos definidos como violência

conjugal física, o tapa obteve a maior taxa (32,6%), seguido de soco (17,5%), espancamento (15,2%), uso/ameaça de uso de arma (13,9%) e chute (10,6%), sendo possível a ocorrência de agressões múltiplas (Tabela 2). Quando investigado o item "outros tipos de violência" sofrida ao longo da vida, 8,1% das mulheres espontaneamente citaram: "marteladas na cabeça", "empurrões", "pauladas", "quebrar a mulher", "jogar algum objeto na cabeça", "esganar, sufocar" ou "machucar com tesoura e alicate".

Considerando os grupamentos de comportamentos agressivos, verificou-se que 33,7% (IC 95%: 32,7-34,7) das mulheres (n=29) sofreram algum tipo de violência física por parte do marido/companheiro, dos quais 65,5% foram caracterizados como violência grave (n=19). A violência grave (22,1%; IC 95%: 13,3-30,9) foi mais freqüente que a violência não grave (só tapa) (10,5%; IC 95%: 4,0-17,0) (Tabela 2). Todas as mulheres que sofreram violência grave ao longo da vida também referiram tapa por parte do marido/companheiro.

Tabela 2 - Prevalência de violência conjugal física ao longo da vida (N=86). Embu, SP, 1999.

Violência conjugal física	N (%)	Ao longo da vida (IC 95%)
Tipos de agressão física*		
Tapa com mão aberta	28 (32,6)	(22,7-42,5)
Chute	10 (10,6)	(4,1-17,1)
Soco	15 (17,5)	(9,5-25,5)
Espancamento	13 (15,2)	(7,6-22,8)
Uso ou ameaça de uso de arma	12 (13,9)	(6,6-21,2)
Outros	7 (8,1)	(2,3-13,9)
Algum tipo de violência**	29 (33,7)	(32,7-34,7)
Violência grave***	19 (22,1)	(13,3-30,9)
Violência não grave****	9 (10,5)	(4,0-17,0)

*Agressões múltiplas são possíveis

**Algum tipo entre os citados acima

***Chute e/ou soco e/ou espancamento e/ou uso/ameaça de uso de arma

****Tapa, na ausência de violência grave

Tabela 3 - Procura de ajuda devido a episódio de violência conjugal física ao longo da vida. Embu, SP, 1999.

Fontes de ajuda	Violência grave (n=19)	Algum tipo (n=29*)	Não grave** (n=9)
Família da mulher	9 (47,4)	14 (48,3)	5 (55,6)
Família do companheiro	7 (36,8)	8 (27,6)	1 (11,1)
Polícia/delegacia	7 (36,8)	7 (24,1)	0 (0,0)
Amigos	6 (31,6)	6 (20,7)	0 (0,0)
Curandeiro, pai de santo, benzedeira	4 (21,1)	4 (13,8)	0 (0,0)
Líder religioso	2 (10,5)	3 (10,3)	1 (11,1)
Organizações de proteção/ Abrigos	2 (10,5)	2 (6,9)	0 (0,0)
Centro de saúde	1 (5,3)	1 (3,4)	0 (0,0)
Ambulatório de saúde mental	1 (5,3)	1 (3,4)	0 (0,0)
Líder comunitário	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outros***	2 (10,5)	2 (6,9)	0 (0,0)
Nunca procurou ajuda	3 (15,8)	8 (27,6)	4 (44,4)

*Inclui uma mulher que referiu apenas um tipo de agressão física: sufocar/esganar

**Tapa, na ausência de violência grave

***Assistente social da prefeitura ou vizinhos

As mulheres vítimas de violência grave procuraram múltiplas fontes de ajuda, porém mais frequentemente a ajuda de pessoas da própria família (47,4%), da família do companheiro (36,8%) e amigos (31,6%). Curandeiros, benzedoras ou pais de santo (21,1%) e líderes religiosos (10,5%) também foram procurados. Entre as instituições, a polícia/delegacia foi a mais procurada (36,8%), seguida das organizações de proteção à mulher/abrigos (10,5%), centro de saúde (5,3%) e ambulatório de saúde mental (5,3%) (Tabela 3).

Quando a violência não foi grave, as mulheres procuraram ajuda principalmente da própria família (55,6%) e da família do companheiro (11,1%), além de líderes religiosos (11,1%). Essas mulheres não procuraram ajuda de instituições de saúde, representantes da lei ou organizações de proteção à mulher/abrigos (Tabela 3).

Muitas vítimas de violência grave (15,8%) nunca procuraram ajuda, nem de pessoas e nem de instituições. Entre as mulheres que sofreram violência não grave essa taxa foi de 44,4%.

DISCUSSÃO

O presente estudo é um dos primeiros no Brasil a fornecer dados sobre a violência contra a mulher, baseados em amostra populacional. Apesar da imprecisão das estimativas, devido ao reduzido tamanho da amostra, o estudo trouxe importantes informações sobre a violência conjugal na comunidade estudada. As taxas de prevalência de violência conjugal ao longo da vida podem estar subestimadas devido a viés de memória ou receio das mulheres em revelar que sofreram violência conjugal, mesmo sendo entrevistadas individualmente por mulheres no posto de saúde do bairro, sem passar pelo constrangimento de conversar assuntos íntimos com um homem e sem o risco de ser ouvida pelo marido. Além disso, as estimativas mostram que a violência conjugal é um problema relevante em população de

baixa renda da periferia de São Paulo, sendo possivelmente generalizáveis para outras comunidades semelhantes localizadas nos arredores de grandes cidades brasileiras.

Os estudos populacionais que investigaram a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida foram agrupados segundo o país ou continente de origem (Tabela 4). De modo geral, as taxas de violência conjugal física obtidas no presente estudo foram superiores às encontradas em países desenvolvidos e similares ou inferiores às observadas em outros países em desenvolvimento.

Existem semelhanças entre as definições de violência conjugal física utilizadas no presente estudo e as empregadas na grande maioria dos trabalhos conduzidos em países desenvolvidos. Apesar disso, a maior frequência de violência conjugal física na amostra brasileira pode ser atribuída ao menor nível socioeconômico da comunidade estudada em relação às populações avaliadas pelas pesquisas americanas, canadenses e européias. De fato, a associação entre baixa renda e violência conjugal física já foi mostrada por diversos autores.^{4,6,8,17} Além disso, as taxas encontradas em países desenvolvidos podem ter sido subestimadas por certas características metodológicas dos estudos, como os procedimentos para a seleção da amostra e coleta de dados. Como a maioria desses estudos baseou-se em amostra selecionada por discagem telefônica aleatória, é possível supor que as famílias sem telefone, excluídas da amostra, tenham sido justamente as mais pobres e com maior risco para violência conjugal física. Também é possível que as entrevistas realizadas por telefone tenham dificultado a revelação de um problema tão sensível como a violência conjugal, assunto que seria mais facilmente abordado num contato pessoal. O grande número de recusas, chegando a quase 50% em alguns estudos, confirma esta hipótese e contribui para minimizar as prevalências registradas.

Em relação aos trabalhos conduzidos em países em desenvolvimento,^{6,8,9,17,20} nem todos mencionaram taxas de violência conjugal física ao longo da vida (algum tipo ou grave), baseadas em definições claras. No Brasil, Schraiber et al* adotaram metodologia muito similar a do presente estudo, encontrando taxas de algum tipo de violência conjugal física ao longo da vida de 27% no município de São Paulo e de 34% na Zona da Mata de Pernambuco. A taxa de algum tipo de violência física encontrada no presente estudo aproximou-se mais da taxa encontrada em Pernambuco, provavelmente devido à similaridade das populações de mulheres nas duas regiões. A co-

munidade do município de Embu caracteriza-se pela grande proporção de migrantes provenientes do nordeste do País, renda deficitária e nível de escolaridade baixo. Quando considerado o mesmo nível de escolaridade nas amostras de São Paulo e Pernambuco, não houve diferença quanto à taxa de violência conjugal.* Isso sugere que as taxas de prevalência podem refletir diferenças de nível socioeconômico entre as amostras, muito mais do que outras diferenças entre os locais pesquisados. No Chile,²⁰ pesquisadores do WorldSAFE identificaram taxa de 25% para algum tipo de violência conjugal física, inferior à obtida no presente estudo, porém similar à referida

Tabela 4 - Prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em diversos países.

Estudo (ano)	Amostra	Mulheres elegíveis	Idade (anos)	Definição (violência conjugal física)	Algum tipo %	Grave %
Estados Unidos						
Coker et al ⁴ (2000)	Carolina do Sul (N=313)	M/C* (ao longo da vida)	18-64	Algum tipo: soco, tapa, chute, outros	10,6	—
Tjaden & Thoennes ¹⁸ (2000)	Nacional (N=8.000)	Com ou sem parceiro	>17	Algum tipo: atirar objetos, empurrar, puxar cabelo, dar tapa, chutar, esganar, bater com objetos, espancar, usar ou ameaçar usar arma Grave: espancar	22,1	8,5
Canadá						
Smith ¹⁵ (1987)	Toronto (N=604)	M/C* residente (últimos 2 anos)	18-50	Algum tipo: atirar objeto, empurrar, agarrar, tapa, chute, soco, espancamento, bater com objeto, uso ou ameaça de uso de arma Grave: chute, soco, espancamento, bater com objeto, uso ou ameaça de uso de arma	25,0	7,1
Rodgers ¹¹ (1994)	Nacional (N=12.300)	M/C* residente (ao longo da vida)	>17	Grave: espancamento	—	9,0
Europa						
Schei & Bakketeig ¹² (1989)	Trondheim/Noruega (N=111)	M/C* (ao longo da vida)	20-49	Grave: soco, chute, espancamento ou ameaça/uso de arma	—	18,0
Serbanescu et al ¹⁴ (2001)	Geórgia/Leste Europeu (N=5.694)	M/C* (ao longo da vida)	15-44	Algum tipo: empurrar, tapa, chute, soco, bater com objeto, espancamento e ameaça de uso de arma	5,3	—
América Latina						
Ellsberg et al ⁶ (1999)	Leon/Nicarágua (N=360)	M/C* residente (ao longo da vida)	15-49	Moderada**: empurrão, tapa, atirar objetos Grave: chute, soco, bater com objeto, espancar, ameaça/uso de arma	40,0	37,8
Vizcarra et al ^{20***} (2001)	Temuco/Chile(N=422)	Filho <18 residente	15-49	Algum tipo: tapa, chute, soco, espancamento	25,0	—
Schraiber et al ^{****,*****} (2002)	São Paulo/ Brasil (N=1.188)	Namorado ou M/C* (ao longo da vida)	15-49	Algum tipo: tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento, queimadura, ameaça com arma branca ou de fogo	27,0	—
Bruschi et al (presente estudo)	Embu, Brasil (N=86)	Filho <18 e M/C* residentes (ao longo da vida)	20-49	Algum tipo: tapa, chute, soco, espancamento, uso ou ameaça de uso de arma e outros Grave: chute, soco, espancamento, uso ou ameaça de uso de arma	33,7	22,1
Ásia						
INCLLEN ⁸ (2000)	Índia (7 áreas) (N=9.938)	Filho <18 residente (momento atual)	15-49	Algum tipo: tapa, chute, soco, espancamento Grave: chute, soco, espancamento	40	20
Subramanian & Sivayogan ¹⁷ (2001)	Kantale/Sri Lanka (N=417)	M/C* residente (últimos 12 meses)	18-49	Algum tipo: definição pouco clara	30	—
África						
Jewkes et al ⁹ (2001)	África do Sul (3 províncias) (N=396) (N=419) (N=464)	Namorado ou M/C* (ao longo da vida)	18-49	Algum tipo: chute, espancamento, tapa, soco, esganar, estrangular, queimar, uso de arma, atirar objetos	26,8 28,4 19,1	— — —

*M/C=marido/companheiro

**A violência moderada exclui violência grave

***Perda amostral não referida

****Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

*****Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência de violência física contra a mulher cometida por parceiros na cidade de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco e sua distribuição segundo características sociodemográficas [resumo]. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;(Supl esp):36

*Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

Tabela 5 - Pessoas e instituições procuradas por mulheres vítimas de violência conjugal física ao longo da vida (algum tipo e grave).

Estudo (ano) Local	Família mulher %	Amigos/ vizinhos %	Família marido %	Família mulher/ marido %	Polícia/ delegacia %	Organizações de proteção/ abrigos %	Serviços de saúde %	Líderes religiosos %	Nunca procuraram ajuda %
Algum tipo de violência									
Bruschi et al (presente estudo)									
Embu, São Paulo	48,3	20,7	27,6	55,2	24,1	6,9	3,4	10,3	27,6
Schraiber et al* (2002)									
São Paulo	42,0	41,0	23,0	—	18,0	—	16,0	15,0	22,0
Pernambuco	56,0	25,0	25,0	—	10,0	—	11,0	5,0	24,0
Alvarado-Zaldivar et al ¹ (1998)									
México	35,0	14,0	7,0	—	14,0	6,5**	7,0	—	—
Coker et al ⁴ (2000)									
EUA	—	74,5	—	69,1	—	6,4	36,4	—	13,0
Subramaniam & Sivayogan ¹⁷ (2001)									
Sri Lanka	—	—	—	—	6,5	1,1	—	—	—
Ellsberg et al ⁶ (1999)									
Nicarágua	—	—	—	—	—	—	—	—	80,0
Violência grave									
Bruschi et al (presente estudo)									
Embu, São Paulo	47,4	31,6	36,8	57,9	36,8	10,5	5,3	10,5	15,8
Rodgers ¹¹ (1994)									
Canadá	—	44,0	—	45,0	26,0	8,0	25,0	7,0	22,0

*Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

**Sistema Nacional para Desenvolvimento Integral da Família

por Schraiber et al* em São Paulo. A semelhança entre as taxas obtidas por Vizcarra et al²⁰ e Schraiber et al* pode estar relacionada às similaridades entre as amostras chilena e paulistana que incluíram mulheres de classe média e baixa.

Na Nicarágua,⁶ a taxa de violência grave foi maior que a observada no presente estudo, provavelmente devido à inclusão de “bater com objeto” na definição de violência grave. Na Índia,⁸ pesquisadores do WorldSAFE referiram taxa de violência grave semelhante à obtida no presente estudo, apesar das diferenças culturais e inclusão de favelas e áreas rurais na amostra indiana. Em três províncias da África do Sul,⁹ duas urbanas e uma rural, a prevalência de algum tipo de violência foi inferior à esperada, podendo estar subestimada pela tendência das mulheres em omitir as agressões menos graves por considerá-las parte do relacionamento normal com seus parceiros (Tabela 4).

Na presente pesquisa, as mulheres vítimas de violência conjugal física procuraram mais a ajuda de pessoas do que de instituições. Esse padrão também foi observado por outros estudos,^{1,4,8,11,14,*} o que sugere que as mulheres ainda consideram a violência conjugal um assunto que deve ser tratado no âmbito privado.

Na amostra estudada, membros da própria família foram mais procurados pelas vítimas de algum tipo de violência, que os amigos, em percentagens similares às encontradas na Zona da Mata pernambucana* (Ta-

bela 5). Essa semelhança é provavelmente decorrente da grande quantidade de migrantes nordestinos entre os residentes do município de Embu, São Paulo. Segundo Schraiber et al,* a maior procura por amigos na cidade de São Paulo revelou a maior liberdade das mulheres paulistanas para estabelecer relações extrafamiliares, em relação à Zona da Mata pernambucana. As taxas encontradas no México¹ para procura de ajuda de pessoas foram as menores dentre os estudos identificados, talvez pelas características socioculturais da população, como o fato do marido proibir a mulher de trabalhar e de ter amizades, restringindo seu contato social.

No Embu, a família do companheiro foi procurada em menor escala do que os membros da família na qual a mulher nasceu ou foi criada, confirmando os achados de Schraiber et al* e Alvarado-Zaldivar et al.¹ Dois estudos, um americano⁴ e outro canadense,¹¹ referiram taxas de procura de ajuda junto à família, englobando parentes da mulher e do companheiro. Mesmo assim, ambos estudos encontraram taxas elevadas de procura de ajuda dos amigos entre vítimas de violência conjugal física ao longo da vida (Tabela 5). Taxa inferior foi observada na amostra estudada, refletindo diferenças culturais entre as duas populações, na medida em que nos Estados Unidos e Canadá as relações sociais são mais extrafamiliares, enquanto no Brasil, são mais centralizadas na família.

Apesar de ainda ser tratada freqüentemente como tema

*Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

da vida privada, a violência conjugal vem alcançando esferas públicas, como delegacias de polícia, serviços de saúde e organizações de proteção à mulher. Dentre as instituições mais citadas pelas mulheres do presente estudo, como fontes de ajuda, destacam-se a polícia/delegacia e as organizações de proteção à mulher/abrigos. No que se refere à procura por polícia/delegacia nos casos de violência conjugal física (algum tipo e grave), as taxas observadas no Embu superaram aquelas encontradas nos demais estudos (Tabela 5). Na amostra brasileira, assim como na mexicana,¹ a procura de ajuda de instituições ficou centralizada na polícia/delegacia, em detrimento da procura por serviços de saúde. Tal fato não ocorreu nos demais estudos, onde houve uma distribuição homogênea das taxas de procura de ajuda entre os dois tipos de instituição. Pode-se supor que a comunidade estudada não considera a situação de violência doméstica como uma questão de saúde, mas sim policial. Contribui para isso, o fato do Embu ser marcado por alto índice de violência urbana, apresentando taxa de mortalidade por homicídio e número de ocorrências policiais maiores que as encontradas na cidade de São Paulo.* Além disso, poucas mulheres falam sobre a violência conjugal com profissionais de saúde, que por sua vez, não costumam fazer perguntas sobre o assunto durante as consultas.¹³ A maior procura pela polícia/delegacia no bairro estudado também pode ter sido favorecida pela existência da delegacia da mulher na região. No Brasil, as delegacias de polícia especializadas em crimes de violência contra a mulher, formadas por policiais do sexo feminino, exercem papel fundamental no enfrentamento da violência doméstica.⁷

No presente estudo, as taxas de procura de ajuda por vítimas de violência conjugal em organizações de proteção à mulher/abrigos aproximaram-se das taxas registradas em outros países, apesar das diferenças existentes entre os grupos populacionais pesquisados. A similaridade com as taxas mexicana¹ e americana⁴ para algum tipo de violência ao longo da vida, e com a taxa canadense¹¹ de violência grave ao longo da vida, pode significar que o Brasil não está tão defasado em relação aos países desenvolvidos quanto à disponibilidade desse tipo de instituição.

No Embu, 13,8% das vítimas de algum tipo de violência conjugal física procuraram ajuda de pais de santo, benzedeiras e curandeiros, e 10,3% recorreram a líderes religiosos. No estudo de Schraiber et al,** a procura de ajuda de líderes religiosos foi maior em São Paulo (15%) que na Zona da Mata pernambucana (5%). A forte influência africana na religiosidade da população brasileira, principalmente na região nordeste, possibilita supor que na Zona da Mata, as pessoas estejam procurando uma fonte que não foi mencionada naquele trabalho. Os centros de saúde, disponíveis na região, foram menos procurados que a polícia/delegacia e os curandeiros, benzedeiras e pais de santo nos casos de violência grave. Esse fato revela a importância de se investigar os aspectos culturais envolvidos no enfrentamento da violência doméstica no País.

No bairro estudado, muitas vítimas de violência conjugal física nunca procuraram ajuda de pessoas ou de instituições. A frequência dessa condição entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência conjugal física no Embu foi semelhante à encontrada por Schraiber et al** na cidade de São Paulo e na Zona da Mata pernambucana, superior à observada nos Estados Unidos⁴ e bastante inferior à taxa da Nicarágua⁶ (Tabela 5). Quanto à violência grave, maior proporção de mulheres vitimizadas não procuram nenhum tipo de ajuda no Canadá¹¹ em relação ao Embu. O fato de que na Nicarágua,⁶ mais de 41% das mulheres agredidas indicaram que seus maridos ameaçaram machucá-las ou matá-las, ou a seus filhos, se elas contassem sobre a violência para alguém, permite supor que o medo seja uma forte razão para evitar a procura de ajuda também nos demais países.

Em conclusão, a violência conjugal física ao longo da vida é frequente na comunidade estudada. A violência é tratada no âmbito privado, algumas vítimas sequer procuram ajuda. Os profissionais de saúde não foram reconhecidos pela comunidade como possível fonte de ajuda ou orientação em questões de violência conjugal. Campanhas de conscientização e esclarecimento do papel dos centros de saúde podem reverter essa realidade, revelando-se às vítimas de violência como uma opção de acolhimento.

*Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Informações dos municípios paulistas. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/> [2005 set 16].

**Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

REFERÊNCIAS

1. Alvarado-Zaldivar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalência de violência doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública Méx.* 1998;40(6):481-6.
2. Azevedo MA, Paternostro ME, Vaiciunas N, Guerra VNA. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez; 1995.
3. Bangdiwala SI, Paula CS, Ramiro LS, Muñoz SR. Coordination of international multi-center studies: governance and administrative structure. *Salud Pública Méx.* 2003;45(1):58-66.
4. Coker AL, Derrick C, Lumpkin JL, Aldrich TE, Oldendick R. Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):316-20.
5. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):129-37.
6. Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health.* 1999;89(2):241-4.
7. Human Rights Watch – HRW. Injustiça criminal: violência contra a mulher no Brasil. Washington (DC); 1992.
8. International Clinical Epidemiology Network – INCLEN. Worldsafe and Indiasafe: studying the prevalence of family violence. Philadelphia (PA); 2000. (Monograph Series on Critical International Health Issues, 9).
9. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J, Ratsaka M, Schriber M. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three south african provinces. *S Afr Med J.* 2001;91(5):421-8.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Violence by intimate partners; p. 87-121.
11. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Ottawa: Statistics Canada; 1994.
12. Schei D, Bakketeig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of norwegian women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989;96(2):1379-83.
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Júnior I, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde Soc.* 2000;9(1-2):3-15.
14. Serbanescu F, Morris L, Stratila M, Bivol O. Reproductive health survey, Moldova, 1997. Atlanta (GA): Center for Disease Control, US Department of Health and Human Services; 1998.
15. Smith MD. The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto. *Violence Vict.* 1987;2(3):173-87.
16. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam.* 1979;41(1):75-88.
17. Subramaniam P, Sivayogan S. The prevalence and pattern of wife beating in the Trincomalee district in eastern Sri Lanka. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2001;32(1):186-95.
18. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey. Washington (DC): U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs; 2000.
19. Venturi G, Recaman M, Oliveira S, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
20. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chile.* 2001;129(12):1405-12.