

Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017

Analysis of notifications of intimate partner violence against women, Brazil, 2011-2017

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^I , Gabriela Rodrigues Tomaz^I , Gabriel Medina Sobreira de Meneses^{II} , Malvina Thais Pacheco Rodrigues^I , Vinícius Oliveira de Moura Pereira^{III,IV} , Rafael Bello Corassa^{III} 

RESUMO: *Objetivo:* Analisar as notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres. *Métodos:* Estudo transversal com dados de notificação compulsória de VPI contra mulheres (≥ 15 anos de idade) registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período de 2011 a 2017, analisados por meio do teste χ^2 e regressão de Poisson com variância robusta para estimar razões de proporção (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). *Resultados:* Foram notificados 454.984 casos de violência perpetrados por homens contra mulheres, dos quais 62,4% eram VPI. Os tipos de violência mais relatados foram os abusos físicos (86,6%), psicológicos (53,1%) e sexuais (4,8%). VPI esteve associada, positivamente, às mulheres de 20–39 anos de idade (RP = 1,70; IC95% 1,68; 1,71), gestantes (RP = 1,07; IC95% 1,06; 1,08), parceria conjugal (RP = 1,55; IC95% 1,54; 1,56), ocorrência no domicílio (RP = 1,80; IC95% 1,79; 1,81), reincidência da violência (RP = 1,77; IC95% 1,76; 1,78) e ingestão alcoólica pelo agressor (RP = 1,12; IC95% 1,12; 1,13). Violência física associou-se ao grupo de 20–39 anos de idade (RP = 1,03; IC95% 1,02; 1,03). Violência psicológica predominou entre mulheres com ≥ 40 anos de idade (RP = 1,33; IC95% 1,31; 1,35). Violência sexual foi relatada em maior proporção entre gestantes (RP = 2,71; IC95% 2,59; 2,83) e mulheres com deficiência ou transtorno (RP = 2,30; IC95% 2,17; 2,44). *Conclusão:* A maioria das notificações de violência contra a mulher registradas nos serviços de saúde foi perpetrada por parceiro íntimo, com destaque para a violência física, psicológica e sexual. Foi possível identificar fatores associados à VPI como idade, escolaridade, gestação, ocorrência no domicílio, reincidência e ingestão de bebida alcoólica pelo agressor.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Violência de gênero. Violência doméstica. Maus-tratos conjugais. Estudos transversais. Notificação de abuso.

^IPrograma de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

^{II}Curso de Medicina, Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

^{III}Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{IV}Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas. Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade. Avenida Frei Serafim, 2280, Centro, CEP: 64000-020, Teresina, PI, Brasil. E-mail: mdm.mascarenhas@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** O aluno Gabriel Medina Sobreira de Meneses é bolsista do PIBIC/CNPq.

ABSTRACT: *Objective:* To analyze notifications of intimate partner violence (IPV) against women. *Methods:* Cross-sectional study on IPV against women (≥ 15 years old) registered in Brazilian Notification Disease Information System (Sinan) from 2011 to 2017, analyzed using the chi-square test (χ^2) and Poisson regression with robust variance to estimate proportion ratios (PR) and their respective 95% confidence intervals (95%CI). *Results:* A total 454,984 cases of violence perpetrated by men against women were reported, of which 62.4% were IPV. The most reported types of violence were physical (86.6%), psychological (53.1%) and sexual (4.8%) abuse. IPV was positively associated with women aged 20–39 years (PR = 1.70; 95%CI 1.68; 1.71), pregnant women (PR = 1.07; 95%CI 1.06; 1.08), marital partnership (PR = 1.55; 95%CI 1.54; 1.56), occurrence at home (PR = 1.80; 95%CI 1.79; 1.81), recurrence of violence (PR = 1.77; 95%CI 1.76; 1.78) and alcohol intake by the aggressor (PR = 1.12; 95%CI 1.12; 1.13). Physical violence was associated with the 20-39 age group (PR = 1.03; 95%CI 1.02; 1.03). Psychological violence predominated among women ≥ 40 years old (PR = 1.33; 95%CI 1.31; 1.35). Sexual violence was reported in greater proportion among pregnant women (PR = 2.71; 95%CI 2.59; 2.83) and women with disabilities or disorder (PR = 2.30; 95%CI 2.17; 2.44). *Conclusion:* Most reports of violence against women recorded in health services were perpetrated by an intimate partner, especially physical, psychological and sexual violence. It was possible to identify factors associated with IPV such as age, education, pregnancy, occurrence at home, recurrence and alcohol consumption by the aggressor.

Keywords: Intimate partner violence. Gender-based violence. Domestic violence. Spouse abuse. Cross-sectional studies. Mandatory reporting.

INTRODUÇÃO

A VPI é um importante problema de saúde pública, assumindo muitas formas como os abusos físicos e sexuais, perseguição e agressão psicológica. Globalmente, as mulheres suportam grande parte da carga da VPI. Estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado de 2000 a 2003, com mais de 24 mil mulheres de 15 a 49 anos, em áreas urbanas e rurais de dez países revelou que 15-71% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas^{1,2}. No Brasil, segundo o mesmo estudo, 36,9 e 28,9% das mulheres residentes em áreas rurais e urbanas, respectivamente, reportaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida. Outras formas de VPI são particularmente subestimadas².

Apesar de a violência não ser um problema específico e exclusivo de saúde, este setor se configura como um campo privilegiado para a detecção desse agravo porque é lá que as mulheres vítimas de violência procuram atendimento e orientação³. De fato, a frequência da procura aos serviços de saúde por mulheres vítimas de violência se mostra associada à repetição e gravidade da violência em virtude de lesões físicas ou psicológicas⁴.

A VPI tem um impacto substancial na saúde física e mental da mulher. Os danos físicos incluem as consequências diretas de lesões sofridas na violência física, como fraturas, lacerações e traumas cranianos; infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas como consequência de violência sexual, além de vários distúrbios da dor. Os impactos na

saúde mental incluem risco aumentado de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias psicoativas e comportamentos suicidas⁵.

Além disso, a VPI produz, frequentemente, impactos negativos no bem-estar emocional e social de toda a família. Sua ocorrência durante a gestação está associada aos desfechos adversos como abortos, nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e natimorto⁶. Estudo transversal realizado no Recife (PE), entre 2013 e 2014, envolvendo 631 pares de mães/crianças, evidenciou prevalência de VPI de 24,4% e prevalência de 93,8% de prática educativa materna violenta. Crianças cujas mães relataram VPI apresentaram maior chance de sofrer agressão psicológica, sugerindo que a violência sofrida pela mãe interfere na educação parental⁷.

Considerando o impacto dessas violências na saúde das mulheres, foi instituída em 2003, pela Lei nº 10.714, a obrigatoriedade da notificação de violências contra mulheres atendidas nos serviços de saúde. Porém, somente a partir de 2009, os dados sobre essas violências passaram a ser registrados no Sinan em serviços sentinela ou de referência para o atendimento às vítimas de violência. A partir de 2011, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde públicos e privados. Assim, a ficha de notificação individual de violência passou a ser o instrumento utilizado para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar contra a mulher e outros grupos específicos da população⁸.

É importante conhecer essas ocorrências e sua caracterização para direcionar a implementação de ações de saúde capazes de promover a melhoria da qualidade de vida e evitar situações de violência por meio de medidas preventivas e protetoras. O estudo pode auxiliar a compreender os fatores associados à ocorrência de VPI contra a mulher, dando visibilidade e sensibilizando profissionais sobre esse problema de saúde pública. Diante desse cenário, justifica-se a relevância do presente estudo, cujo objetivo foi analisar as notificações de VPI contra mulheres no Brasil no período de 2011 a 2017.

MÉTODOS

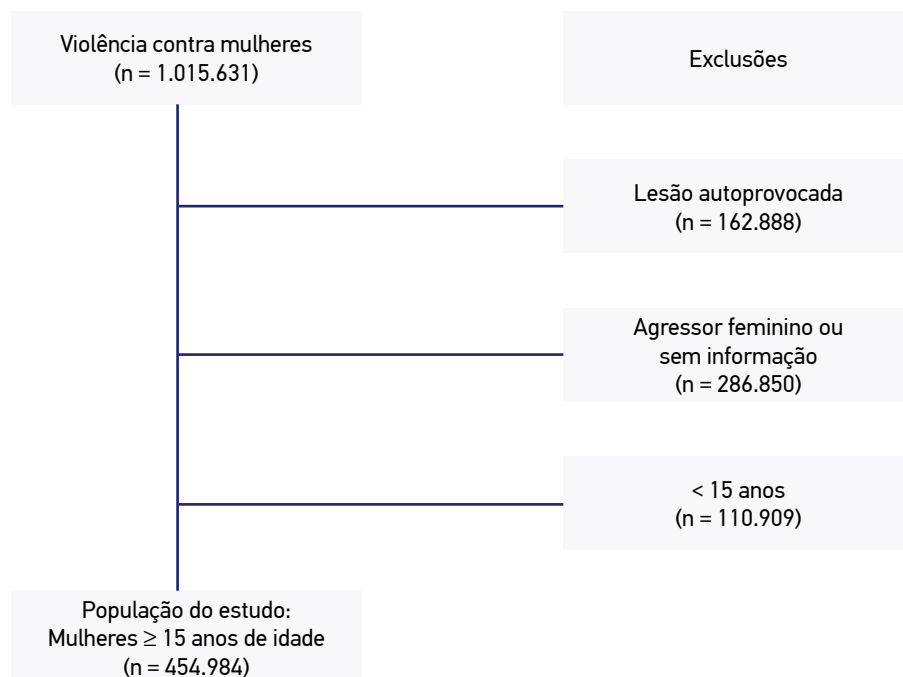
Estudo transversal com base em dados de VPI contra mulheres, registrados no Sinan. O estudo compreendeu o período de 2011, quando os casos de violência passaram a ser notificados em todos os serviços públicos e privados de saúde no país (e não apenas nas unidades sentinelas ou de referência como foi praticado no período de 2009 a 2010), até 2017, último ano disponibilizado para análises, após o processo de revisão dos dados (exclusão de casos com inconsistências de informação e duplicidades de registro) realizado pelo Ministério da Saúde.

Do total de 1.015.631 notificações de violência contra mulheres, foram excluídos os registros de lesão autoprovocada, agressor do sexo feminino ou sem informação (embora a VPI possa ocorrer em relacionamentos homossexuais), notificações de violência contra crianças menores de 15 anos de idade. Permaneceram na análise 454.984 registros de violência contra mulheres (Figura 1).

Considerou-se VPI contra mulheres o registro de notificação de violência contra a mulher cujo agressor informado foi cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado, conforme preenchido no campo vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida da ficha de notificação.

A variável dependente (VPI contra mulher) foi categorizada em sim e não. As covariáveis foram: faixa etária (15–19, 20–39 e ≥ 40 anos); raça/cor da pele (branca, negra [preta + parda], amarela/indígena); escolaridade (≤ 8 , > 8 anos de estudo); gestante (sim, não); situação conjugal (com parceiro, sem parceiro); pessoa com deficiência/transtorno (sim, não); ocorrência no domicílio (sim, não); violência de repetição (sim, não) e ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (sim, não). Os tipos de violência foram classificados conforme definições adotadas pelo Ministério da Saúde⁸ em: física; psicológica/moral; sexual; financeira e outras violências.

As análises estatísticas foram processadas no programa Stata versão 14 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A proporção de VPI contra mulheres foi calculada dividindo-se o número de registros pelo total de notificações de violência contra a mulher.



Fonte: adaptado pelos autores com base em informações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Figura 1. Fluxograma de seleção de registros de violência contra mulheres. Brasil, 2011–2017.

Foram calculadas proporções e realizadas comparações entre as variáveis qualitativas por meio do teste χ^2 , com nível de significância de 5%. Por meio da regressão de Poisson com variância robusta, estimaram-se razões de proporção (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para VPI geral e por tipos mais frequentes, segundo variáveis selecionadas.

Por se tratar de um estudo com dados secundários sem identificação dos sujeitos, o projeto desta pesquisa foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

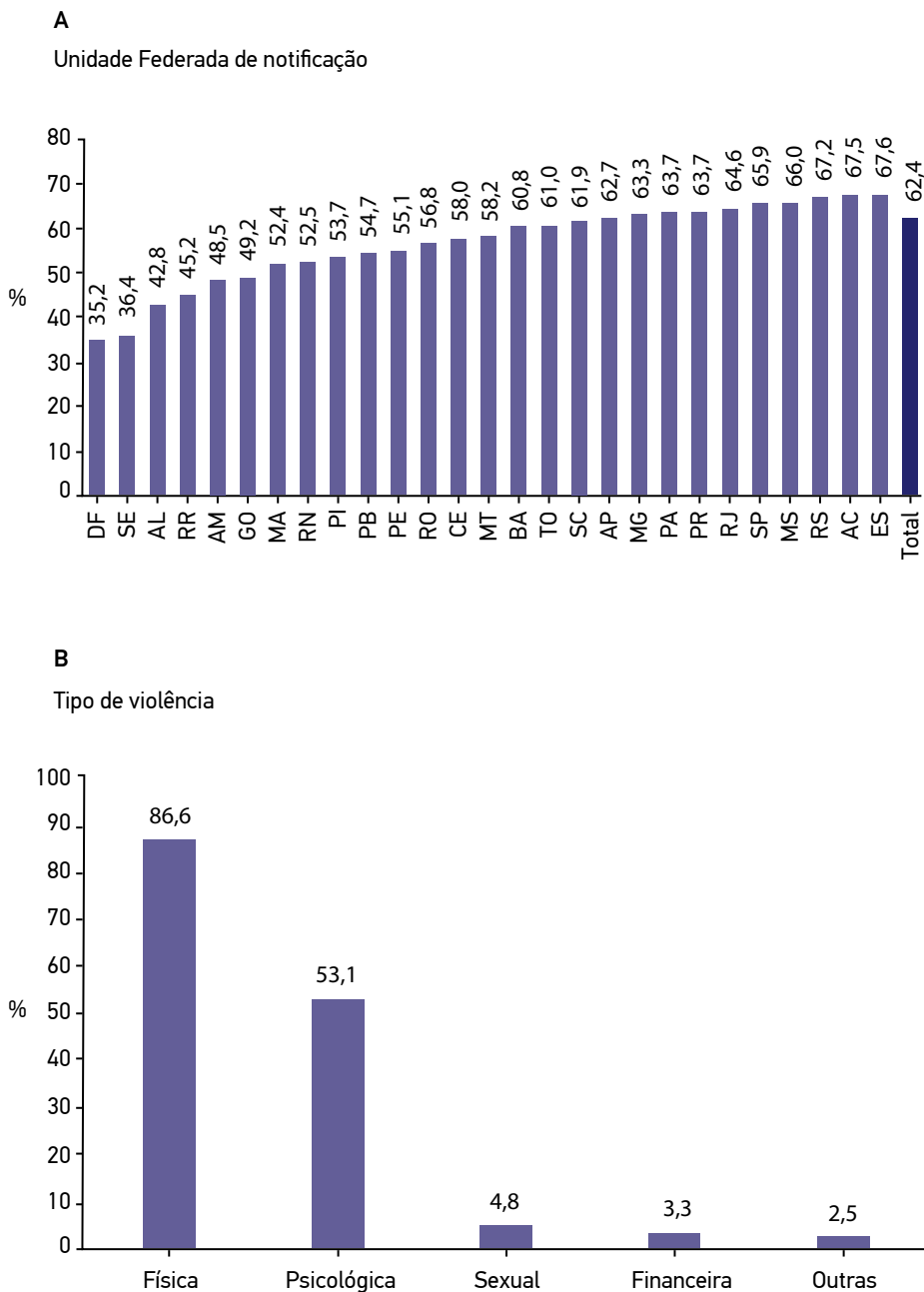
Do total de casos notificados de violência contra mulheres, a proporção de VPI foi de 62,4%. Os estados com maiores proporções de notificação foram Espírito Santo (67,6%), Acre (67,5%), Rio Grande do Sul (67,2%), Mato Grosso do Sul (66,0%) e São Paulo (65,9%). As menores proporções de notificação de VPI foram observadas no Distrito Federal (35,2%), Sergipe (36,4%), Alagoas (42,8%), Roraima (45,2%) e Amazonas (48,5%) (Figura 2A).

A Tabela 1 apresenta a proporção e a razão de proporção da VPI em comparação às outras formas de violência contra mulheres, segundo características das vítimas. Maiores proporções de VPI, em relação às outras formas de violência contra mulheres, estiveram associadas às mulheres com 20–39 anos de idade (RP = 1,70; IC95% 1,68; 1,71), gestantes (RP = 1,07; IC95% 1,06; 1,08) e com parceria atual (RP = 1,55; IC95% 1,54; 1,56). Verificou-se associação inversa em relação às mulheres negras (RP = 0,98; IC95% 0,97; 0,98), àquelas com mais de oito anos de estudo (RP = 0,97; IC95% 0,96; 0,97) e às portadoras de deficiência/transtorno (RP = 0,71; IC95% 0,70; 0,72).

Verificou-se associação positiva entre casos de VPI e ocorrência no domicílio (RP = 1,80; IC95% 1,79; 1,81), reincidência da violência (RP = 1,77; IC95% 1,76; 1,78) e ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (RP = 1,12; IC95% 1,12; 1,13) (Tabela 2).

Os tipos de violência mais relatados foram os abusos físico (86,6%), psicológico (53,1%) e sexual (4,8%). Em menor proporção, foram referidos casos de violência financeira (3,3%) e outros tipos de violência (2,5%) (Figura 2B).

Na Tabela 3, apresentam-se a proporção e as razões de proporção dos tipos mais frequentes de VPI contra mulheres segundo características selecionadas. A violência física foi associada positivamente ao grupo de mulheres de 20 a 39 anos (RP = 1,03; IC95% 1,02; 1,03) e uso de álcool pelo agressor (RP = 1,08; IC95% 1,08; 1,09). A violência psicológica foi associada positivamente à idade a partir dos 20 anos, pessoas com deficiência/transtorno (RP = 1,05; IC95% 1,04; 1,07), ocorrência no domicílio (RP = 1,13; IC95% 1,12; 1,14) e violência de repetição (RP = 1,47; IC95% 1,46; 1,48). A violência sexual foi mais frequente entre as adolescentes e associada positivamente às gestantes (RP = 2,71; IC95% 2,59; 2,83), portadoras de deficiência/transtorno (RP = 2,30; IC95% 2,17; 2,44), ocorrência no domicílio (RP = 1,42; IC95% 1,34; 1,50) e episódios recorrentes (RP = 1,28; IC95% 1,23; 1,34).



Fonte: adaptado pelos autores com base em informações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Figura 2. Proporção de notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres segundo Unidade Federada de notificação (A) e tipo de violência (B). Brasil, 2011–2017.

DISCUSSÃO

A VPI é um importante problema social e de saúde pública ao redor do mundo, sendo o tipo mais comum de violência contra a mulher. Nos países desenvolvidos, uma em cada três mulheres é vítima de abuso por parte do companheiro. Acredita-se que a frequência de VPI contra mulheres possa ser ainda maior nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil⁹.

Tabela 1. Proporção (%) e razão de proporção (RP) de violência por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres segundo características das vítimas. Brasil, 2011–2017.

Características	Violência contra a mulher				RP (IC95%)	p
	Outras	%	VPI	%		
Faixa etária, anos (n = 454.984)						
15 a 19	40.789	58,7	28.695	41,3	1,00	< 0,001
20 a 39	79.653	29,9	187.096	70,1	1,70 (1,68; 1,71)	
≥ 40	50.548	42,6	68.203	57,4	1,39 (1,38; 1,40)	
Raça/cor da pele (n = 409.000)						
Branca	70.340	36,4	123.115	63,6	1,00	< 0,001
Negra (preta + parda)	79.185	37,9	129.675	62,1	0,98 (0,97; 0,98)	
Amarela/indígena	2.555	38,2	4.130	61,8	0,97 (0,95; 0,99)	
Escolaridade, anos de estudo (n = 311.568)						
≤ 8	58.345	36,0	103.658	64,0	1,00	< 0,001
> 8	56.843	38,0	92.722	62,0	0,97 (0,96; 0,97)	
Gestante (n = 325.569)						
Não	107.854	36,3	189.059	63,7	1,00	< 0,001
Sim	9.068	31,6	19.588	68,4	1,07 (1,06; 1,08)	
Situação conjugal (n = 409.064)						
Sem parceiro	107.432	49,1	111.565	50,9	1,00	< 0,001
Com parceiro	40.118	21,1	149.949	78,9	1,55 (1,54; 1,56)	
Pessoa com deficiência/transtorno (n = 397.268)						
Não	135.378	36,3	237.706	63,7	1,00	< 0,001
Sim	13.289	54,9	10.895	45,1	0,71 (0,70; 0,72)	

Fonte: adaptado pelos autores com base em informações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

No que diz respeito aos tipos de VPI mais comumente relatados, estudo transversal conduzido na cidade do Recife⁷ informou que 24,4% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido ao menos um tipo de VPI no último ano, sendo a violência psicológica o principal tipo de VPI relatado (48,1% do total de casos de violência). A preponderância de abuso psicológico é um achado comum em estudos do gênero^{10,11} e isso contrasta com o resultado aqui obtido, segundo o qual 86,6% dos casos de VPI notificados se referiam à agressão física e apenas 53,1% agressão psicológica.

Tais diferenças são razoavelmente explicadas por óbvias distinções metodológicas entre estudos transversais do tipo inquérito e estudos construídos com base em registros oriundos de sistemas de informação, principalmente quando se considera que o abuso psicológico tende a ser mais negligenciado e dificilmente reconhecido. Além disso, a mulher, na maioria dos casos, somente procura atendimento de saúde ou auxílio policial quando a violência ultrapassa a barreira do dano psicológico e passa a deixar lesões decorrentes da violência física¹². Muitas mulheres têm dificuldade de se reconhecerem vítimas de violência¹³. Outro fator importante é que muitos casos de violência psicológica chegam aos serviços de saúde sob a forma de dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares, não sendo reconhecidos como violência¹⁴. Portanto, o presente estudo sugere a hipótese da existência de sub-registro de violência psicológica cometida por parceiro íntimo.

Foi observada maior proporção de notificações de VPI entre mulheres de menor escolaridade. Esse resultado é aparentemente contraintuitivo, já que mulheres com níveis educacionais mais altos presumivelmente teriam mais recursos para alcançar maior autonomia e poderiam ter mais habilidades para reconhecer e romper com relacionamentos

Tabela 2. Proporção (%) e razão de proporção (RP) de violência por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres segundo características da violência. Brasil, 2011–2017.

Características	Violência contra a mulher				RP (IC95%)	p
	Outras	%	VPI	%		
Ocorrência no domicílio (n = 429.138)						
Não	70.024	60,4	45.933	39,6	1,00	< 0,001
Sim	89.846	28,7	223.335	71,3	1,80 (1,79; 1,81)	
Violência de repetição (n = 381.054)						
Não	94.617	56,3	73.430	43,7	1,00	< 0,001
Sim	48.006	22,5	165.001	77,5	1,77 (1,76; 1,78)	
Agressor ingeriu bebida alcoólica (n = 340.158)						
Não	62.556	39,3	96.485	60,7	1,00	< 0,001
Sim	57.522	31,8	123.595	68,2	1,12 (1,12; 1,13)	

Fonte: adaptado pelos autores com base em informações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
IC95%: intervalo de confiança de 95%.

abusivos¹⁵. Nesse sentido, algumas hipóteses explicativas surgem para compreender como fatores níveis de renda e educação contribuem para a ocorrência deste tipo de violência. Um dos fatores de risco para vitimização feminina mais consistentemente identificados nos estudos é a baixa escolaridade. No entanto, entre os indicadores de nível socioeconômico, o desemprego e a baixa renda parecem ser preditores mais robustos que a escolaridade. Além disso, embora um nível educacional mais alto possa representar a aquisição de habilidades e recursos sociais para lidar com situações de violência, dando proteção às mulheres, também pode envolvê-las em situações de maior risco de vitimização. Melhores níveis de educação capacitam as mulheres por meio de redes de relacionamento,

Tabela 3. Proporção (%) e razão de proporção (RP) dos principais tipos de violência por parceiro íntimo segundo características selecionadas. Brasil, 2011–2017.

Características	Física (86,6%)		Psicológica (53,1%)		Sexual (4,8%)	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Faixa etária (anos)						
15 a 19	86,2	1,00	43,4	1,00	11,0	1,00
20 a 39	88,4	1,03 (1,02; 1,03)	52,9	1,22 (1,20; 1,24)	3,7	0,34 (0,32; 0,35)
≥ 40	81,9	0,95 (0,94; 0,96)	57,8	1,33 (1,31; 1,35)	5,2	0,48 (0,45; 0,50)
Gestante						
Não	87,1	1,00	54,2	1,00	4,3	1,00
Sim	85,9	0,99 (0,98; 0,99)	48,1	0,89 (0,87; 0,90)	11,6	2,71 (2,59; 2,83)
Pessoa com deficiência/transtorno						
Não	86,5	1,00	53,8	1,00	4,6	1,00
Sim	86,8	1,00 (0,99; 1,01)	56,7	1,05 (1,04; 1,07)	10,7	2,30 (2,17; 2,44)
Ocorrência no domicílio						
Não	88,7	1,00	48,9	1,00	3,5	1,00
Sim	86,0	0,97 (0,96; 0,97)	55,4	1,13 (1,12; 1,14)	4,9	1,42 (1,34; 1,50)
Violência de repetição						
Não	89,6	1,00	42,5	1,00	4,2	1,00
Sim	84,9	0,95 (0,94; 0,95)	62,4	1,47 (1,46; 1,48)	5,4	1,28 (1,23; 1,34)
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor						
Não	83,4	1,00	55,4	1,00	5,8	1,00
Sim	90,4	1,08 (1,08; 1,09)	55,2	1,05 (0,99; 1,00)	4,5	0,76 (0,74; 0,79)

Fonte: adaptado pelos autores com base em informações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

autoconfiança e habilidades no uso de informações e recursos da sociedade, constituindo proteção contra eventos violentos¹⁶.

Observou-se maior proporção de relatos de VPI durante a gestação, principalmente às custas de violência sexual, já que a proporção de violência física e psicológica efetivamente foi menor entre as gestantes. Na literatura, poucos estudos abordaram diretamente a gravidez como gatilho ou fator protetor para ocorrência de VPI, o que interfere na interpretação dos dados aqui obtidos. Soma-se a isso a existência de evidências conflitantes nesse assunto¹⁷.

Como exemplo, um estudo nacional procurou comparar a prevalência de VPI antes, durante e após a gestação. Em relação ao período pré-gestacional, a gravidez não esteve associada a uma melhora ou piora geral na prevalência de VPI, mas o tipo de violência se modificou, isto é, a violência física diminuiu e a violência psicológica aumentou, e a violência sexual foi mantida constante¹⁸. Outros estudos, por outro lado, encontraram que a prevalência de VPI foi menor na gravidez em comparação com os 12 meses antes do seu início¹⁹. É possível que, para algumas mulheres, a gravidez seja um fator protetor, enquanto para outras seja um período de maior violência, muitas vezes por causa da dúvida dos parceiros que o bebê seja deles⁶.

De qualquer modo, a forte associação entre violência sexual e gravidez aqui apresentada chama atenção. É possível que parte desse fenômeno esteja associado à existência de mulheres gestantes forçadas a se envolver em ato sexual contra sua vontade, principalmente quando se considera as diversas alterações na sexualidade que ocorrem durante a gravidez²⁰. Adicionalmente, é possível que parte da associação seja espúria, por causa da ocorrência de gestações derivadas de estupro por parceiros e ex-parceiros.

Verificou-se também uma associação positiva entre a notificação de VPI e a presença de parceiro atual. De acordo com uma pesquisa que avaliou denúncias registradas em um centro de referência de atendimento à mulher na Paraíba, a principal razão referida pelas mulheres para permanecerem em relação conjugal violenta era a dependência financeira²¹. Entretanto, é importante ressaltar que diversos estudos transversais de base populacional já demonstraram maiores prevalências de VPI entre mulheres separadas, divorciadas ou viúvas. É provável que tais mulheres tenham vivenciado, anteriormente, relações violentas e conseguiram se libertar dessa situação, rompendo o ciclo da violência, o que contradiz o estereótipo de que a VPI é uma situação irremediavelmente crônica^{11,15,22}. Essa divergência ocorre pois estudos baseados em notificações de sistemas de informação tendem a refletir os estágios mais precoces de enfrentamento da VPI pelas mulheres, em uma fase enquanto as mesmas ainda estão convivendo com o agressor. A literatura²³⁻²⁵ revela o período da separação como um momento de aumento dos sentimentos de possessividade, ciúmes e hostilidade geral, especialmente nas separações litigiosas, que podem levar à acentuação da violência com risco aumentado de um homicídio no período próximo à separação.

Foi encontrada associação negativa entre a presença de deficiência/transtorno e a proporção de relato de VPI, um achado conflitante com estudos prévios^{26,27}. De fato, a associação entre VPI e deficiência/transtorno da vítima já é bem estabelecida na literatura. A maior vulnerabilidade entre os deficientes é multifatorial e inclui possível dependência física e funcional do agressor (o parceiro), bem como maiores níveis de pobreza e isolamento social²⁶. Assim, é provável que a menor proporção de VPI observada entre os deficientes se deva simplesmente às

barreiras e impedimentos consequentes às próprias incapacidades das vítimas, o que traduz um maior grau de sub-registro. Entretanto, quando analisados segundo tipo de violência, destaca-se a considerável proporção de VPI do tipo sexual entre portadoras de deficiência/transtorno.

O predomínio do domicílio como o principal local de ocorrência da violência demonstra que este local é o mais perigoso para as mulheres vítimas das diferentes formas de VPI, quando deveria ser um local de acolhimento e refúgio contra a violência em geral²¹.

O consumo de álcool esteve associado à maior proporção de notificação de VPI geral e física, um achado concordante com outros estudos, inclusive mundialmente. Em um estudo realizado em Gana, o uso de álcool aumentou em 2,5 vezes o risco de uma mulher sofrer abuso físico ou sexual por parte do parceiro, sendo um fator de risco significativo para ocorrência de VPI²⁸. Estudo realizado pela Unidade de pesquisa em álcool e drogas da Universidade Federal de São Paulo sugere que o uso de álcool por parte do agressor, mesmo de forma não abusiva, tem papel significativo na perpetração de violência. O estudo sugere ainda que o uso de drogas ilícitas, especialmente cocaína, também está associado à ocorrência de VPI²⁹.

O papel que o álcool desempenha na perpetuação da VPI resulta tanto do efeito de desinibição fisiológica direto quanto do seu efeito sobre a expectativa das outras pessoas em aceitar tais comportamentos, frequentemente resultando em comportamento violento. O uso de álcool está associado, ainda a uma maior gravidade das consequências da violência para a mulher. Alguns estudos apontam que quanto maior o nível de ingestão alcoólica mais grave serão as lesões decorrentes do abuso^{30,31}.

A violência sexual, em muitas variáveis, comportou-se de forma oposta à violência física e psicológica. Com relação à idade, predominou no grupo de 15 a 19 anos de idade, sabidamente uma das faixas etárias de maior vulnerabilidade para violência sexual de um modo geral³². Além disso, apesar do aumento geral na proporção de VPI associado à ingestão de álcool, foi encontrada uma associação inversa entre violência sexual e uso dessa substância pelo agressor. Uma possível explicação é que, no âmbito das relações afetivas, muitas vezes a violência sexual é naturalizada pelo agressor, sem a necessidade de um fator catalisador para a perpetração, como o álcool. De fato, há uma crença culturalmente construída de que o relacionamento amoroso impõe à mulher um consentimento permanente e irretirável aos desejos do companheiro, de modo que ela não possa desistir da relação sexual. Tal crença implica em uma naturalização do uso da força e do constrangimento, em detrimento ao exercício autônomo da vontade por parte das mulheres dentro do relacionamento³³.

Em suma, a frequência de notificações de VPI contra mulheres foi de aproximadamente seis casos para cada 10 notificações em relacionamentos heterossexuais. A maior parte dos casos foi de violência física, seguido por violência psicológica e sexual. As maiores proporções de notificações de VPI foram observadas entre mulheres adultas jovens de 20 a 39 anos, com menor nível de escolaridade, gestantes, com parceria conjugal. Os episódios relatados apresentaram maior ocorrência no domicílio, eram reincidentes e perpetrados por agressor que havia ingerido bebida alcoólica.

Essa análise foi feita com base em dados secundários, contemplando o universo de notificações de violência registradas no Sinan para todo o território nacional no período de 2011 a 2017. Torna-se fundamental utilizar os dados aqui apresentados para a melhor compreensão

do fenômeno de violência contra a mulher a fim de apoiar a elaboração de medidas efetivas de prevenção desse tipo de violência. Entretanto, cabe salientar que pode haver limitações neste estudo mediante a potencial fragilidade na qualidade dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde³⁴. Entre esses problemas, destacam-se o não preenchimento adequado dos campos da ficha de notificação, evidenciando a necessidade de melhoria na qualidade da informação coletada e registrada. Logo, recomenda-se investir em capacitações sobre a abordagem da vítima de violência contra a mulher e promover a melhoria da qualidade dos dados registrado no Sinan, como estratégia essencial para o fortalecimento do enfrentamento à violência.

REFERÊNCIAS

- Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543): 1260-9. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371(9619): 1165-72. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217(2): 141-4. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>
- Schraiber LB, Barros CR dos S, Castilho EA de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 237-45. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200006>
- Wong J, Mellor D. Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemp Nurse* 2014; 46(2): 170-9. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>
- Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health* 2015; 24(1): 100-6. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- Silva JMM da, Lima M de C, Ludermitr AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 34. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006848>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2016 [acessado em 18 out. 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
- Fidan A, Bui HN. Intimate Partner Violence Against Women in Zimbabwe. *Violence Against Women* 2016; 22(9): 1075-96. <https://doi.org/10.1177/1077801215617551>
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitr AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 797-807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
- Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 33. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>
- Siqueira VB, Leal IS, Fernandes FECV, Melo RA, Campos MEAL. Violência psicológica contra mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde. *Rev APS* 2018; 21(3): 437-49. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16379>
- Oliveira MT, Ferigato SH. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. *Cad Bras Ter Ocup* 2019; 27(3): 508-21. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1729>
- Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface* 2007; 11(21): 93-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>
- Vieira EM, Da Silva Castro Perdoná G, Dos Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 730-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034>
- Bhona FMC, Gebara CFP, Noto AR, Vieira MT, Lourenço LM. Socioeconomic Factors and Intimate Partner Violence: A Household Survey. *Trends Psychol* 2019; 27(1): 205-18. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2019.1-15>

17. Van Parys A-S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Information sheet Intimate partner violence during pregnancy. *PLoS One* 2014; 9(1): 183-97. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0085084>
18. Silva EP, Ludermit AB, Araújo TVB de, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6): 1044-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>
19. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: Association with breastfeeding behavior. *J Womens Health* 2006; 15(8): 934-40. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2006.15.934>
20. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *J Sex Med* 2015; 12(2): 445-54. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12747>
21. Costa MS, Serafim MLE, Nascimento ARS do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(3): 551-8. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300022>
22. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermit AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 299-311. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013>
23. Ellis D. Marital Separation and Lethal Male Partner Violence. *Violence Against Women* 2017; 23(4): 503-19. <https://doi.org/10.1177/1077801216644985>
24. Dobash RE, Dobash R. *When men murder women*. Oxford; Nova York: Oxford University Press; 2015.
25. Spencer CM, Stith SM. Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2018. <https://doi.org/10.1177/1524838018781101>
26. Breiding MJ, Armour BS. The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Ann Epidemiol* 2015; 25(6): 455-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.03.017>
27. Krnjacki L, Emerson E, Llewellyn G, Kavanagh AM. Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: Findings from an Australian population-based study. *Aust N Z J Public Health* 2016; 40(1): 16-21. <http://dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12498>
28. Alangea DO, Addo-Lartey AA, Sikweyiya Y, Chirwa ED, Coker-Appiah D, Jewkes R, et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLoS One* 2018; 13(7): e0200874. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0200874>
29. Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: Data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2016; 38(2): 98-105. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1798>
30. Crane CA, Godleski SA, Przybyla SM, Schlauch RC, Testa M. The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma Violence Abuse* 2016; 17(5): 520-31. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838015584374>
31. Wilson IM, Graham K, Taft A. Living the cycle of drinking and violence: A qualitative study of women's experience of alcohol-related intimate partner violence. *Drug Alcohol Rev* 2017; 36(1): 115-24. <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12405>
32. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Ryan GW. Prevalence of sexual violence against women in 23 states and two U.S. territories, BRFSS 2005. *Violence Against Women* 2014; 20(5): 485-99. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801214528856>
33. Kalra G, Bhugra D. Sexual violence against women: Understanding cross-cultural intersections. *Indian J Psychiatry* 2013; 55(3): 244-9. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.117139>
34. dos Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, et al. Completude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(12): 3907-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>

Recebido em: 21/10/2019

Revisado em: 29/11/2019

Aceito em: 14/12/2019

Contribuição dos autores: M. D. M. Mascarenhas contribuiu na concepção do desenho do estudo, organização dos dados, execução das análises, interpretação dos dados, redação do primeiro rascunho e revisão crítica do manuscrito. G. R. Tomaz e G. M. S. de Meneses contribuíram na organização e análise dos dados, na revisão da análise estatística e do manuscrito. M. T. P. Rodrigues, V. O. de M. Pereira e R. B. Corassa participaram da revisão dos resultados e da análise estatística, da interpretação dos dados e da revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

© 2020 Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.

