

Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014

Intimate partner violence: treatment profile in urgent and emergency care services in Brazilian state capitals, 2014

Violencia de género: perfil de atención en servicios de urgencia y emergencia en las capitales de estados brasileños, 2014

Leila Posenato Garcia ¹

Gabriela Drummond Marques da Silva ²

doi: 10.1590/0102-311X00062317

Resumo

O estudo teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos a vítimas de violência por parceiro íntimo em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e investigar diferenças entre os sexos. Foi realizado estudo descritivo com dados do inquérito que compõe o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA Inquérito), realizado em 86 serviços de urgência e emergência de 25 capitais, em 2014. Foram incluídos todos os 506 casos de violência por parceiro íntimo, 69,9% do sexo feminino e 65% de 20 a 39 anos de idade. Em ambos os sexos, predominaram pessoas de cor da pele negra (70% no feminino e 82,8% no masculino, $p = 0,005$). A ausência de atividade remunerada foi mais frequente entre indivíduos do sexo feminino (50,4%), em relação ao masculino (24,1%), enquanto o consumo de bebida alcoólica foi mais frequente no sexo masculino (47,9%) em comparação ao feminino (21,9%) ($p < 0,001$). O meio de agressão mais frequente entre as vítimas do sexo feminino foi força corporal/espancamento (70,9%), seguido por objeto perfurocortante (14,5%), enquanto naquelas do sexo masculino, foi objeto perfurocortante (48,7%), seguido por força corporal/espancamento (31,6%). Indivíduos do sexo masculino foram apontados como agressores por 97,6% das vítimas do feminino e 11,8% do masculino ($p < 0,001$). A residência foi o principal local de ocorrência das violências (69,6% no sexo feminino e 74,4% no masculino; $p = 0,622$). A maioria das vítimas era do sexo feminino, enquanto o sexo masculino se destacou entre os agressores. As diferenças encontradas entre os sexos possivelmente refletem padrões culturais e evidenciam a necessidade de investigar o gênero, além do sexo biológico.

Inquéritos Epidemiológicos; Epidemiologia Descritiva; Violência por Parceiro Íntimo; Assistência Ambulatorial

Correspondência

L. P. Garcia

SBS Quadra 1 Bloco J, Brasília, DF 70076-900, Brasil.
leilaparcia@gmail.com

¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, Brasil.

² Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.



Introdução

A violência por parceiro íntimo inclui a violência física, sexual, o abuso emocional e comportamentos controladores por um parceiro íntimo, durante ou após o término da relação. Pode ocorrer em todos os ambientes e grupos socioeconômicos ¹. Trata-se de um problema de saúde pública que apresenta grande magnitude e com importantes consequências sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, embora seja prevenível. Além das lesões físicas, esse tipo de violência pode causar transtornos mentais, prejudicar o desempenho educacional ou econômico, propiciar a adoção de práticas sexuais não seguras, reduzir as habilidades de vinculação parental, e aumentar comportamentos de risco à saúde, como o abuso de drogas e álcool, entre outros. A violência por parceiro íntimo durante a gestação está associada a desfechos adversos, como abortos, nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer e natimortos ². A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de estratégias de prevenção primária da violência por parceiro íntimo em todas as fases da vida, incluindo redução do acesso e do uso nocivo de álcool e mudança das normas sociais e culturais de gênero mediante campanhas de conscientização na mídia, bem como por meio de trabalho com homens e meninos ².

Globalmente, as mulheres suportam grande parte da carga da violência por parceiro íntimo ². Estudo multicêntrico da OMS ³, 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.

No Brasil, segundo o mesmo estudo da OMS ³, 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. Outro inquérito de base populacional em 15 capitais, em 2002/2003 ⁴, revelou prevalência de agressão psicológica, abuso físico menor e grave entre parceiros, respectivamente, de 78,3%, 21,5% e 12,9%, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Estudo realizado na população urbana brasileira, em 2005, revelou prevalência de violência sexual de 11,8% entre as mulheres e de 5,1% entre os homens ⁵.

Os parceiros íntimos são os principais assassinos de mulheres. Extensa revisão da literatura mostrou que aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo. Em contraste, essa proporção é próxima a 6% entre os homens assassinados. De forma consistente, em 66 países, os parceiros íntimos foram os principais assassinos de mulheres, com proporção de mulheres assassinadas por parceiro seis vezes maior do que a proporção de homens assassinados por parceira ⁶.

No Brasil, a Lei Maria da Penha (*Lei nº 11.340/2006*) constitui uma importante conquista e um recurso fundamental para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Contudo, estudo que comparou as taxas anuais de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, nos períodos de cinco anos antes e depois da vigência da Lei Maria da Penha indica que não houve redução significativa. As taxas de mortalidade foram, respectivamente, 5,28 (2001-2006) e 5,22 (2007-2011) por 100 mil mulheres ⁷.

Ainda que a literatura evidencie a predominância do sexo masculino entre autores e vítimas de violências ^{8,9,10}, as mulheres também são perpetradoras de violência contra parceiros íntimos, mais frequentemente em situação de autodefesa ⁴. Ademais, esse tipo de violência também ocorre em relações íntimas entre pessoas do mesmo sexo ⁵. Portanto, é importante que as investigações sobre violência por parceiro íntimo incluam vítimas de ambos os sexos e diferentes gêneros.

O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos a vítimas de violência por parceiro íntimo em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e investigar diferenças entre os sexos.

Métodos

Estudo descritivo dos atendimentos a vítimas de violência por parceiro íntimo nos serviços de urgência e emergência participantes do inquérito que compõe o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito), realizado em 2014.

Os serviços participantes do VIVA Inquérito foram selecionados por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e mediante indicação da Secretaria Municipal de Saúde, com base nos critérios de inclusão: (1) prestar serviço de urgência e emergência e (2) ser serviço de referência para o atendimento de causas externas no município. Na edição de 2014 do VIVA Inquérito, houve a participação de 86 serviços de urgência e emergência localizados em 24 das 26 capitais dos estados brasileiros, mais o Distrito Federal. Não participaram do VIVA Inquérito em 2014 Florianópolis (Santa Catarina) e Cuiabá (Mato Grosso) ¹¹.

A amostra foi selecionada por conglomerados, conformados pelos estabelecimentos. Os turnos de atendimento foram a unidade primária de amostragem. Turnos de 12 horas foram selecionados aleatoriamente. O número de turnos a serem amostrados em cada serviço foi obtido pela divisão do tamanho mínimo da amostra em cada capital ($n = 2.000$) pelo número médio de atendimentos por causas externas efetuados no mesmo serviço em edições anteriores do VIVA Inquérito. Todos os atendimentos por causas externas realizados nos turnos sorteados foram incluídos na amostra do VIVA Inquérito, à exceção dos indivíduos que procuraram atendimento pela mesma ocorrência pela segunda ou mais vezes, como situações de retornos médicos e/ou complicações da assistência ¹¹.

A coleta dos dados ocorreu de setembro a novembro de 2014, em um período de 30 dias consecutivos em cada um dos serviços participantes. As entrevistas foram conduzidas por pessoal previamente capacitado, utilizando formulário padronizado ¹¹.

No presente estudo, foram incluídos todos os casos de violência por parceiro íntimo atendidos nos serviços e turnos selecionados. Eles foram definidos pelo tipo de ocorrência “agressão/maus tratos” e pelo provável autor da agressão “companheiro(a)/ex”.

As seguintes variáveis foram utilizadas para caracterização dos casos: sexo (masculino, feminino); faixa etária (12-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 e mais anos); cor da pele ou raça (negra – preta e parda –, branca, amarela, indígena); escolaridade (0-8, 9-12, 12 e mais anos de estudo); atividade remunerada atual (sim, não); consumo de bebida alcoólica pela vítima nas 6 horas anteriores à ocorrência, referido pelo entrevistado (sim, não) e; procura de atendimento em outro serviço pela mesma ocorrência, antes do atendimento no local da entrevista (sim, não).

As seguintes variáveis foram utilizadas para caracterização das ocorrências: natureza da agressão (física, sexual, psicológica/abandono/negligência); meio de agressão (força corporal/espantamento, objeto perfurocortante, objeto contundente, arma de fogo, outros); sexo do provável autor da agressão (masculino, feminino); local da ocorrência (residência, via pública, bar ou similar, outros); natureza da lesão (corte/laceração, contusão/entorse/luxação, fratura, traumatismo cranioencefálico/politratumatismo, outros); parte do corpo atingida (cabeça/pescoço, membros superiores/inferiores, tronco, múltiplos órgãos/regiões, outros); dia da semana da ocorrência (segunda a sexta, sábado ou domingo); período da ocorrência (manhã: 6-11h, tarde: 12-17h, noite: 18-23h; madrugada: 0-5h) e; evolução na emergência nas primeiras 24 horas (alta, internação hospitalar, encaminhamento ambulatorial, encaminhamento para outro serviço, evasão/fuga, óbito).

O programa Stata versão 12 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) foi utilizado para auxiliar as análises. Para consideração do plano amostral complexo, utilizou-se o módulo *survey*. O teste do qui-quadrado com correção de Rao-Scott para o desenho amostral complexo foi empregado para testar diferenças entre os sexos quanto às proporções nas categorias das variáveis estudadas. Adotou-se nível de significância de 5%.

O VIVA Inquérito 2014 recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (parecer nº 735.933/2014). As entrevistas ocorreram após a obtenção do consentimento verbal dos participantes. A base de dados foi obtida mediante autorização do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, sem a identificação dos participantes.

Resultados

No VIVA Inquérito 2014, foram identificados 506 casos de violência por parceiro íntimo, dos quais 69,9% das vítimas eram do sexo feminino. A maior parte se encontrava na faixa etária de 20 a 39 anos,

embora 11,5% das vítimas do sexo feminino e 5,1% do masculino fossem adolescentes (de 12 a 19 anos de idade) (Tabela 1).

Indivíduos de cor da pele ou raça negra foram as principais vítimas, com maior frequência no sexo masculino (82,8%) em relação ao feminino (70%) ($p = 0,005$). Mais da metade tinha de 0 a 8 anos de estudo, sem diferenças significativas entre os sexos (52,6% no feminino e 59,8% no masculino). Entre os casos do sexo feminino, a maioria não exercia atividade remunerada (50,4%), essa proporção foi a metade no sexo masculino (24,1%, $p < 0,001$). Havia procurado atendimento prévio em outro serviço 24,4% das vítimas do sexo feminino e 19% do masculino, sem diferença significativa (Tabela 1).

A violência física predominou em ambos os sexos. Houve relato de um caso de violência sexual, por vítima do sexo feminino. O meio de agressão mais frequente entre as vítimas do sexo feminino foi força corporal/espancamento (70,9%), seguido por objeto perfurocortante (14,5%), enquanto naquelas do sexo masculino, foi objeto perfurocortante (48,7%), seguido por força corporal/espancamento (31,6%). Indivíduos do sexo masculino foram apontados como agressores por 97,6% das vítimas do sexo feminino e 11,8% do masculino ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 1

Proporção dos casos de violência por parceiro íntimo atendidos em serviços de urgência e emergência segundo características das vítimas e sexos. VIVA Inquérito, 2014.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		Valor de p *
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,115
12-19	49	9,6	41	11,5	8	5,1	
20-29	156	27,0	116	29,6	40	20,9	
30-39	182	38,0	121	36,4	61	41,5	
40-49	80	18,8	51	17,0	29	23,2	
50-59	22	5,6	12	4,8	10	7,6	
60 e mais	9	1,0	5	0,7	4	1,7	
Cor da pele ou raça							0,005
Negra	383	74,0	253	70,0	130	82,8	
Branca	110	24,9	91	29,5	19	14,5	
Amarela	3	0,6	1	0,2	2	1,5	
Indígena	5	0,5	1	0,3	4	1,2	
Escolaridade (anos de estudo)							0,341
0-8	259	54,8	172	52,6	87	59,8	
9-12	162	39,2	117	40,4	45	36,7	
12 e mais	26	6,0	20	7,0	6	3,5	
Atividade remunerada							< 0,001
Sim	253	57,3	146	49,6	107	75,8	
Não	217	42,7	183	50,4	34	24,1	
Consumo de bebida alcoólica **							
Sim	159	29,7	90	21,9	69	47,9	
Não	347	70,9	260	78,1	87	52,1	
Procura por atendimento em outro serviço ***							
Sim	105	22,8	78	24,4	27	19,0	
Não	384	77,2	259	75,6	125	81,0	
Total	506	100,0	350	69,9	156	30,1	

* Teste do qui-quadrado com correção de Rao-Scott para o desenho da amostra;

** Nas 6 horas anteriores à ocorrência;

*** Pela mesma ocorrência, antes do atendimento no local da entrevista.

Tabela 2

Proporção dos casos de violência por parceiro íntimo atendidos em serviços de urgência e emergência segundo características das agressões e sexos. VIVA Inquérito, 2014.

Variáveis	Total (N = 506)		Feminino (n = 350)		Masculino (n = 156)		Valor de p *
	n	%	n	%	n	%	
Natureza da agressão							0,813
Física	485	98,5	334	98,5	151	98,4	
Sexual	1	0,1	1	0,2	0	0,0	
Psicológica/Abandono/Negligência	9	1,4	6	1,3	3	1,6	
Meio de agressão							< 0,001
Força corporal/Espancamento	285	59,1	244	70,9	41	31,6	
Objeto perfurocortante	141	24,8	61	14,5	80	48,7	
Objeto contundente	49	10,6	29	9,5	20	13,1	
Arma de fogo	8	1,1	5	1,0	3	1,3	
Outros	23	4,4	11	4,1	12	5,3	
Sexo do provável autor da agressão							< 0,001
Masculino	355	71,5	335	97,6	20	11,8	
Feminino	143	28,5	9	2,4	134	88,2	
Local de ocorrência							0,622
Residência	365	71,0	253	69,6	112	74,4	
Via pública	93	20,6	65	22,5	28	16,1	
Bar ou similar	26	4,3	17	4,1	9	4,8	
Outros	22	4,1	15	3,8	7	4,7	
Natureza da lesão							< 0,001
Corte/Laceração	263	47,4	144	35,8	119	74,1	
Contusão/Entorse/Luxação	74	17,1	67	21,8	7	6,3	
Fratura	59	12,9	51	15,9	8	5,9	
Traumatismo cranioencefálico/Politraumatismo	53	11,6	45	14,8	8	4,2	
Outros	57	11,0	43	11,7	14	9,5	
Parte do corpo atingida **							0,006
Cabeça/Pescoço	191	36,9	131	36,6	60	37,7	
Membros superiores/inferiores	59	8,5	30	5,7	29	14,8	
Tronco	128	25,8	86	24,3	42	29,2	
Múltiplos órgãos/regiões	100	23,6	84	27,8	16	13,9	
Outros	28	5,2	19	5,6	9	4,4	
Dia da semana da ocorrência							0,681
Segunda a sexta	258	52,6	176	51,8	82	54,3	
Sábado ou domingo	246	47,4	172	48,2	74	45,7	
Período da ocorrência							0,929
Manhã	78	19,2	49	18,9	29	19,9	
Tarde	99	23,6	66	24,3	33	21,8	
Noite	202	38,9	148	39,3	54	38,1	
Madrugada	100	18,3	68	17,5	32	20,2	
Evolução na emergência nas primeiras 24 horas							0,718
Alta	362	78,7	252	80,2	110	75,2	
Encaminhamento ambulatorial	29	4,2	21	4,1	8	4,4	
Internação hospitalar	58	10,0	38	9,0	20	12,3	
Encaminhamento para outro serviço	33	5,2	22	5,3	11	5,1	
Evasão/Fuga	9	1,8	6	1,3	3	3,0	
Óbito	1	0,1	1	0,1	0	0,0	

* Teste do qui-quadrado com correção de Rao-Scott para o desenho amostral complexo;

** Diagnóstico principal.

A residência foi o principal local de ocorrência dos episódios de violência por parceiro íntimo (69,6% no sexo feminino e 74,4% no masculino). Contudo, a via pública foi local de ocorrência de aproximadamente um quinto dessas violências (22,5% no sexo feminino e 16,1% no masculino). Não houve diferença significativa entre os sexos quanto ao local de ocorrência (Tabela 2).

O principal tipo de lesão foi corte ou laceração, com maior proporção entre as vítimas do sexo masculino (74,1%), em comparação ao feminino (35,8%) ($p < 0,001$). Cabe ressaltar que 14,8% dos casos no sexo feminino tiveram traumatismo cranioencefálico/politraumatismo, enquanto 4,2% do sexo masculino apresentaram esse tipo de lesão. A parte do corpo mais atingida foi cabeça ou pescoço (36,6% no sexo feminino e 37,7% no masculino), seguida por múltiplos órgãos no sexo feminino (27,8%) e tronco no masculino (29,2%) ($p = 0,006$) (Tabela 2).

Quase metade dos episódios de violência por parceiro íntimo ocorreu durante os finais de semana e quase 40% durante o período da noite, sem diferença entre os sexos. Quanto à evolução nas primeiras 24 horas, a maioria das pessoas recebeu alta (80,2% no sexo feminino e 75,2% no masculino). No entanto, aproximadamente um décimo dos casos foi encaminhado para internação hospitalar (9% no sexo feminino e 12,3% no masculino). Foi registrado um óbito, de vítima do sexo feminino (Tabela 2).

A Figura 1 ilustra a proporção dos atendimentos segundo hora da ocorrência. Observa-se pico de ocorrências de violência por parceiro íntimo no período da noite, em ambos os sexos.

O consumo de álcool pelas vítimas nas 6 horas anteriores à ocorrência, conforme o dia da semana da ocorrência, está apresentado na Figura 2. No sexo feminino, evidencia-se maior proporção de consumo de álcool aos finais de semana. No sexo masculino, a proporção de consumo de álcool foi superior ao feminino, em todos os dias da semana. Entretanto, o padrão de maior consumo aos finais de semana não é tão claro, possivelmente por conta do número limitado de casos.

Discussão

Entre os atendimentos por violência por parceiro íntimo em serviços de urgência e emergência do SUS, observou-se predomínio de vítimas do sexo feminino, na faixa etária de adultos jovens, da cor da pele negra e com pior condição socioeconômica, conforme a menor escolaridade e ausência de trabalho remunerado. O sexo masculino predominou entre os agressores. Houve diferenças entre os sexos quanto ao meio de agressão, natureza da lesão e parte do corpo atingida. A maior parte das violências foi de natureza física, ocorreu na residência, aos finais de semana e durante os períodos da noite e madrugada. A proporção de vítimas que relataram consumo de álcool foi elevada e superior no sexo masculino, em relação ao feminino.

Quanto à natureza da agressão, cumpre destacar que existe importante sobreposição entre os tipos de violências. Estudo realizado na população brasileira urbana, em 2005, identificou elevada sobreposição entre os tipos de violência por parceiro íntimo, especialmente entre violência física e sexual nas mulheres, e que são raros casos de violência sexual isolada⁵. Outros estudos apresentaram resultados similares^{12,13}. Porém, no formulário de coleta de dados do VIVA Inquérito, é possível informar somente um tipo de violência, de modo que não é possível investigar a sobreposição entre os tipos de violência. Por tal motivo, e em consequência da pequena proporção de casos de violência psicológica e sexual captados pelo VIVA Inquérito 2014, optou-se por incluir todos os casos de violência por parceiro íntimo no presente estudo, independentemente da natureza da agressão informada.

A predominância do sexo feminino como vítima e do sexo masculino como perpetrador das violências por parceiro íntimo foi resultado consistente com aqueles de outros estudos realizados no Brasil e em outros países^{3,5,14}. Entre as vítimas de ambos os sexos, predominaram agressores do sexo oposto. No Brasil, assim como em outros países, existem marcantes desigualdades de gênero, em consequência da carga histórica do patriarcado, que confere maior poder aos homens e conforma atitudes, normas e comportamentos, tanto individuais, quanto coletivos. Nesse contexto, é favorecida a aceitação da violência de gênero, sobretudo contra pessoas com identidade de gênero feminina. Segundo Shraiber et al.¹⁵ (p. 1023), a violência de gênero expressa “*um ato masculino para aculturação da mulher nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado*”. Essa cultura que condiciona o sexo masculino à posição de dominador, tendo a violência como um atributo próprio da sua natureza, leva os homens a ser os principais autores, mas também vítimas da violência¹⁶.

Figura 1

Proporção dos casos de violência por parceiro íntimo atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo hora/turno da ocorrência e sexo. VIVA Inquérito, 2014 (N = 506).

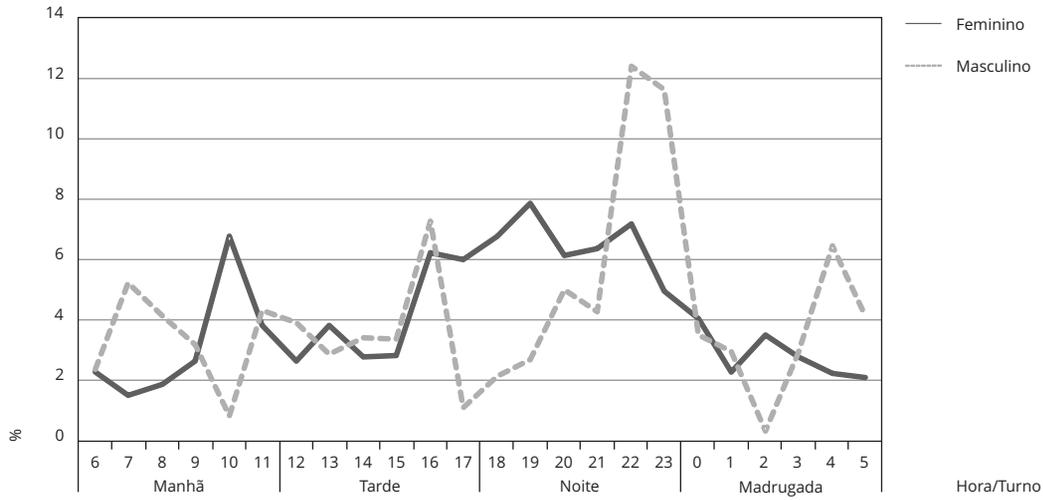
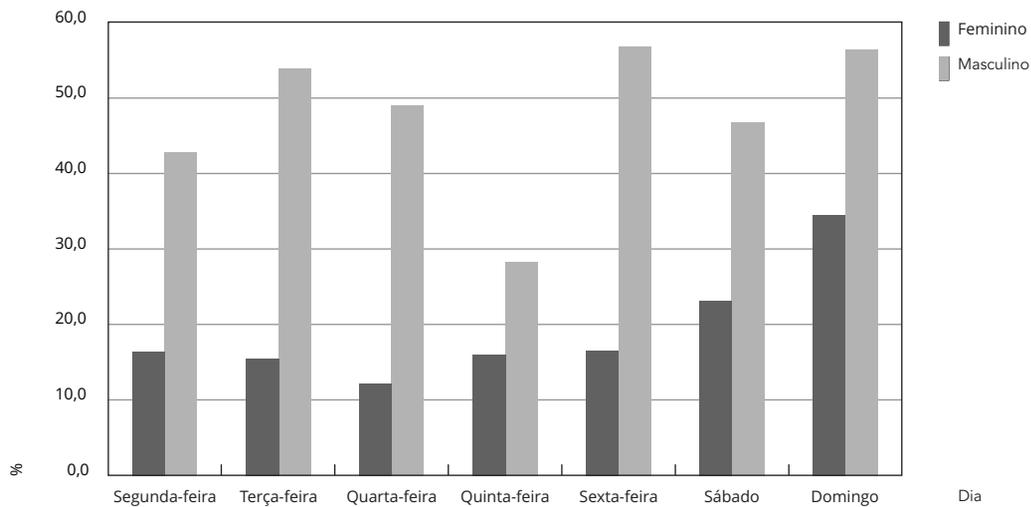


Figura 2

Proporção dos casos de violência por parceiro íntimo atendidos em serviços de urgência e emergência que reportaram consumo de álcool nas 6 horas anteriores à ocorrência, segundo dia da semana da ocorrência e sexo. VIVA Inquérito, 2014 (N = 506).



No presente estudo, também foi encontrada pequena proporção de violência por parceiro íntimo perpetrada por agressor do mesmo sexo, superior entre as vítimas do sexo masculino (11,8%) em relação ao feminino (2,4%). O estudo realizado em 2005, na população urbana brasileira, identificou que a prevalência de violência sexual foi superior entre pessoas que se relacionavam com outras do mesmo sexo, com prevalência quatro vezes maior entre homossexuais do que entre heterossexuais masculinos. Os autores levantam a hipótese de que nos casais heterossexuais, a mulher tem menos poder e é a principal vítima da violência, enquanto nos casais homossexuais, masculinos e femininos, parece existir uma crise nas relações tradicionais de gênero, que também pode gerar violência ⁵.

Verificou-se predominância, em ambos os sexos, de adultos jovens entre as vítimas de violência por parceiro íntimo no VIVA Inquérito. Este achado é consistente com diversos estudos ^{17,18,19}. Entretanto, é divergente o estudo sobre prevalência de violência física por parceiro íntimo, realizado com homens e mulheres, em Florianópolis (2009-2010), que mostrou maior probabilidade de sofrer violência entre mulheres de maior idade, e ausência de associação com a idade entre os homens ²⁰.

Chamou a atenção, no presente estudo, que aproximadamente um décimo das vítimas de violência por parceiro íntimo eram adolescentes (12-19 anos de idade). No Brasil, estudo pioneiro realizado em escolas públicas e privadas em dez capitais brasileiras, no período de 2007 a 2010, investigou a violência nos relacionamentos afetivo-sexuais em adolescentes de 15-19 anos. As prevalências de vitimização (86,9%) e de perpetração de algum tipo de agressão (86,8%) foram elevadas, com 76,6% dos adolescentes dos sexos masculino e feminino atuando, simultaneamente, como vítimas e autores de diversas formas de violência ²¹. A violência no namoro é tema que merece mais investigações.

O predomínio de indivíduos de cor da pele ou raça negra entre vítimas de violência por parceiro íntimo, com maior frequência no sexo masculino é outro achado que merece discussão. Estudo de casos e controles, realizado com dados do VIVA Inquérito 2011, mostrou que a cor da pele negra foi um fator associado à violência doméstica e familiar entre mulheres somente na análise bruta, sugerindo confundimento com a situação socioeconômica ¹⁸. Contudo, evidencia-se a necessidade de investigar as relações entre questões de gênero e raciais na gênese da violência que ocorre nas relações de intimidade, uma vez que as vulnerabilidades das vítimas se apresentam de formas distintas de acordo com seu gênero, raça e o contexto social no qual estão inseridas ²².

Mesmo que seja conhecido que a violência entre parceiros íntimos ocorre em todos os estratos socioeconômicos, a maior frequência de vítimas com menor escolaridade observada neste estudo é consistente com estudos prévios ^{18,20}. No entanto, cumpre destacar que o presente estudo foi realizado com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência vinculados ao SUS, que atendem a todos os usuários, independentemente de sua capacidade de pagamento e adesão a plano de saúde. Além disso, a grande maioria dos casos apresentava lesão física, que caracteriza lesões de maior gravidade. Estudo de base populacional realizado em Lages (Santa Catarina), em 2007, apontou que a baixa escolaridade foi associada somente à agressão física grave, e não à agressão verbal, nem à agressão física menor ¹⁹.

O consumo de álcool pela vítima nas 6 horas anteriores à ocorrência foi relatado por quase a metade das vítimas do sexo masculino e pouco mais de um quinto do feminino. Diversos estudos apontam maior consumo no sexo masculino e associação entre consumo de álcool e violência por parceiro íntimo. A *Pesquisa Nacional de Saúde* (2013) indicou que a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira foi 3,3 vezes superior no sexo masculino em relação ao feminino ²³. Dados do *I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool no Brasil* (2005-2006) ¹⁴ revelaram que, em amostra de casais vivendo em união estável, os homens haviam consumido álcool em 38,1% dos casos de violência entre parceiros íntimos, enquanto entre as mulheres essa frequência foi 9,2%, inferior ao presente estudo. Uma explicação possível para essa diferença é o perfil dos casos estudados, tendo em vista que as vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência sofreram majoritariamente lesões físicas, em situações de violência nas quais poderia haver consumo de álcool em maior frequência e/ou quantidade. Em estudo de casos e controles com dados do VIVA Inquérito 2011, o consumo de álcool foi o fator mais fortemente associado ao atendimento resultante de violência doméstica e familiar contra a mulher ¹⁸. Estudo realizado no Município de São Paulo revelou que, entre os homens predominou o relato de que nenhum dos parceiros havia consumido álcool na ocasião da agressão, enquanto entre as mulheres, de que ninguém ou apenas o homem havia consumido ²⁴. Além da implicação do álcool em gerar comportamentos agressivos em homens e mulheres, o consumo de álcool

pela vítima pode ser uma forma de suportar o estresse gerado pela violência. Além disso, críticas ao hábito de consumo de álcool pelo companheiro são causas frequentes de discussões entre casais, que também podem levar a episódios de violência ²⁵.

Embora o consumo do álcool pelo agressor não tenha sido observado no presente estudo, realizado com dados secundários, sabe-se que é importante fator associado à violência entre parceiros íntimos. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que o uso de álcool pelo agressor foi associado a uma ocorrência oito vezes maior de violência contra a mulher, após ajuste para variáveis demográficas ²⁶. Estudo transversal com usuárias do SUS de Campinas (São Paulo) apontou que o uso de álcool pelo parceiro foi associado à violência doméstica na gestação ²⁷.

Merece destaque o achado de que aproximadamente um quarto das vítimas de violência por parceiro íntimo havia procurado atendimento em outro serviço, pela mesma ocorrência, antes do atendimento considerado. Evidencia-se necessidade de os serviços de saúde estarem atentos e preparados para acolher e prestar a assistência adequada às vítimas. Em particular, as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo muitas vezes procuram cuidados de saúde, inclusive para tratar ferimentos decorrentes, mesmo que não revelem a violência associada. É provável que o trabalhador da saúde seja o primeiro contato profissional das vítimas sobreviventes de violência por parceiro íntimo ou agressão sexual. As mulheres vítimas de violência procuram mais serviços de saúde e identificam os profissionais da área como confiáveis para revelar sua condição de vítima de violência. A OMS aponta a necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde para identificar especialmente as mulheres vítimas de violência doméstica e, assim, tentar prevenir risco de morte por essa causa ²⁸.

Conforme esperado, a residência foi principal local de ocorrência das violências por parceiro íntimo, o que contribui para a invisibilidade do fenômeno ²⁹. Considerando a elevada ocorrência de episódios de violência entre parceiros íntimos no período da noite e durante os finais de semana, é importante que os serviços voltados à proteção e ao atendimento às vítimas estejam operantes nesses momentos, que são os de maior necessidade ³⁰.

A literatura aponta que as mulheres agem como agressoras, na maioria das vezes, como mecanismo de autodefesa, mesmo quando são as iniciadoras de um episódio de violência entre parceiros íntimos. Por sua vez, os homens tendem a usar a violência com a finalidade de intimidar a parceira e demonstrar autoridade ³¹. Além disso, as mulheres são as principais vítimas dos homicídios perpetrados por parceiros íntimos ⁶. Os óbitos por violência por parceiro íntimo geralmente envolvem violência contra a mulher perpetrada pelo homem, independentemente de qual deles é assassinado. Identificar e intervir nas situações de violência entre parceiros íntimos é uma das principais maneiras de evitar os feminicídios ³².

Como limitações deste estudo, destacam-se aquelas inerentes ao uso de dados secundários. É importante lembrar que a amostra estudada foi derivada do VIVA Inquérito, que tem como população-fonte indivíduos atendidos em serviços públicos de urgência e emergência de 25 capitais e do Distrito Federal. Não existem dados precisos sobre o percentual de cobertura das unidades de urgência e emergência públicas no Brasil, todavia se sabe que os serviços públicos de saúde são os mais procurados pela população ³³. A seleção dos casos pode estar sujeita a vieses, uma vez que a definição de caso é baseada em informações fornecidas pelas vítimas ou acompanhantes. Desse modo, podem não ter sido incluídos alguns casos de violência por parceiro íntimo, incorretamente classificados como acidentes ou como violências perpetradas por outro tipo de agressor, quando a vítima buscou dissimular a violência sofrida. Também pode gerar viés de seleção o fato de terem sido incluídas somente as vítimas que sobreviveram à violência.

As variáveis estudadas evidentemente se restringiram àquelas coletadas no VIVA Inquérito, o que impossibilitou a inclusão de variáveis relevantes, por exemplo, se a vítima também perpetrou agressão, o consumo de álcool pelo agressor e o uso de drogas ou outras substâncias psicotrópicas, tanto pela vítima quanto pelo agressor.

Outras variáveis relevantes para estudos sobre violência por parceiro íntimo são a identidade de gênero e a orientação sexual, que não puderam ser investigadas neste estudo. Também não foi possível investigar a sobreposição entre os tipos de violência. Seria interessante incluir tais características nos formulários das novas edições do VIVA Inquérito. Além dessas, seria importante incluir variáveis que permitissem identificar situações de maior risco de escalada da violência, por exemplo, a violência de repetição.

Ademais, o desenho descritivo do estudo não permite investigar a complexa relação entre as variáveis associadas à violência por parceiro íntimo, como sexo, escolaridade, ausência de trabalho, cor da pele e consumo de álcool. Contudo, é reconhecida a importância de compreender os fatores de risco e de proteção associados à violência por parceiro íntimo para subsidiar intervenções que possam prevenir semelhantes eventos. Nesse sentido, diversos modelos teóricos foram propostos. A OMS elegeu o modelo ecológico, que categoriza os fatores de risco em quatro níveis: individual, relacional, comunitário e social ^{1,2}. As variáveis possíveis de ser investigadas no presente estudo, com dados secundários do VIVA Inquérito encontram-se no nível individual. São recomendados novos estudos que investiguem os fatores associados à violência por parceiro íntimo, tendo em conta os diferentes níveis de influência.

Não obstante, os achados deste estudo reforçam a relevância da violência por parceiro íntimo como problema de saúde pública no Brasil. O VIVA Inquérito, assim como outras pesquisas conduzidas pela vigilância em saúde e os sistemas de informação em saúde, são ferramentas essenciais que possuem grande potencial para a realização de estudos cujos resultados podem subsidiar a criação e o melhoramento de políticas voltadas ao enfrentamento das violências. Os profissionais da saúde, inclusive dos serviços de urgência e emergência, podem identificar situações de violência e encaminhar as vítimas para atendimento especializado, caso seja identificada situação de potencial agravamento da violência. Reitera-se a necessidade de ações mais efetivas e multissetoriais para a prevenção da violência entre parceiros íntimos no Brasil que considerem as características das vítimas, incluindo políticas voltadas ao enfrentamento do álcool ^{3,4}, que aparece associado a diversas manifestações de violência.

Colaboradores

L. P. Garcia concebeu o estudo, realizou a análise dos dados e redigiu a versão preliminar do manuscrito. G. D. M. Silva contribuiu na interpretação dos dados e na revisão crítica do conteúdo. Ambas as autoras revisaram a versão final do manuscrito e se declaram responsáveis por todo o trabalho.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization; London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:425-37.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:127-37.
6. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382:859-65.
7. Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22:383-94.

8. Silva ACLG, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35: 278-83.
9. Frank S, Coelho EBS, Boing AF. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Pública* 2010; 27:376-81.
10. Neves ACM, Garcia LP. atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22: 1333-41.
11. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
12. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1044-53.
13. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:944-53.
14. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:53-9.
15. Schraiber LB, Oliveira D, Lucas AFP, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1019-27.
16. Alves RA, Pinto LMN, Silveira AM, Oliveira GL, Melo EM. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. *Interface Comun Saúde Educ* 2012; 16:871-83.
17. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:237-45.
18. 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 Saúde Pública* 2016; 32:e00011415.
19. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 800-8.
20. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:815-26.
21. Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, organizadores. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do "ficar" entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
22. Silveira RS, Nardi HC, Spindler G. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. *Psicol Soc* 2014; 26: 323-34.
23. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:227-37.
24. Oliveira JB, Lima MCP, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:494-501.
25. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:299-311.
26. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict* 2001; 10:122-35.
27. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2008; 42: 877-85.
28. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
29. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25:451-4.
30. Silva RA, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da Região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:1014-22.
31. McHugh MC, Frieze IH. Intimate partner violence: new directions. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1087:121-41.
32. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health* 2003; 93:1089-97.
33. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc saúde Coletiva* 2011; 16:3807-16.
34. Monteiro MG. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25:171-4.

Abstract

The study aimed to describe the treatment profile for victims of intimate partner violence in urgent and emergency care services in the Brazilian Unified National Health System (SUS) and to investigate differences between the sexes. A descriptive study was performed with data from a survey performed by the System for Surveillance of Accidents and Violence (VIVA Survey), conducted in 86 urgent and emergency care services in 25 state capitals in 2014. All 506 cases of intimate partner violence were included, with 69.9% female victims and 65% from 20 to 39 years of age. Black individuals predominated (70% of females and 82.8% of males, $p = 0.005$). Lack of paid work was more frequent in female victims (50.4%) compared to males (24.1%), while alcohol consumption was more frequent in males (47.9%) compared to females (21.9%) ($p < 0.001$). The most common means of aggression against female victims was physical force or beating (70.9%), followed by use of sharp objects (14.5%), while for male victims it was sharp objects (48.7%), followed by physical force or beating (31.6%). Male individuals were identified as the aggressors by 97.6% of the female victims and 11.8% of the males ($p < 0.001$). The victim's residence was the main site of violence (69.6% of female victims and 74.4% of males; $p = 0.622$). Most victims were females, while most aggressors were males. Differences between the sexes may reflect cultural patterns and emphasize the need to investigate gender in addition to biological sex.

Health Surveys; Descriptive Epidemiology; Intimate Partner Violence; Ambulatory Care

Resumen

El estudio tuvo como objetivo describir el perfil de la atención a víctimas de violencia de género en servicios de urgencia y emergencia, vinculados al Sistema Único de Salud (SUS), e investigar diferencias entre sexos. Se realizó un estudio descriptivo con datos de la investigación que forma parte del Sistema de Vigilancia de Accidentes y Violencia (Encuesta VIVA), realizado en 86 servicios de urgencias y emergencias de 25 capitales, en 2014. Se incluyeron 506 casos de violencia de género, un 69,9% del sexo femenino, con un 65% de entre 20 a 39 años de edad. En ambos sexos, predominaron personas con color de piel negro (70% en el caso femenino y 82,8% en el masculino, $p = 0,005$). La ausencia de actividad remunerada fue más frecuente entre individuos del sexo femenino (50,4%), en relación con el masculino (24,1%), mientras el consumo de bebida alcohólica fue más frecuente en el sexo masculino (47,9%), en comparación con el femenino (21,9%) ($p < 0,001$). El medio de agresión más frecuente con las víctimas del sexo femenino fue la fuerza corporal/golpes (70,9%), seguido del objeto cortopunzante (14,5%), mientras que con las del sexo masculino, fue objeto punzante (48,7%), seguido de fuerza corporal/golpes (31,6%). Individuos del sexo masculino fueron señalados como agresores por un 97,6% de las víctimas del femenino y un 11,8% del masculino ($p < 0,001$). La residencia fue el principal lugar de ocurrencia de las violencias (69,6% en el sexo femenino y 74,4% en el masculino; $p = 0,622$). La mayoría de las víctimas era de sexo femenino, mientras el sexo masculino se destacó entre los agresores. Las diferencias encontradas entre los sexos posiblemente reflejan patrones culturales y evidencian la necesidad de investigar el género, además del sexo biológico.

Encuestas Epidemiológicas; Epidemiología Descriptiva; Violencia de Pareja; Atención Ambulatoria

Recebido em 11/Abr/2017

Versão final reapresentada em 21/Ago/2017

Aprovado em 02/Out/2017