

# Violência contra a mulher entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia

## Violence against women among urban area residents in Feira de Santana, Bahia, Brazil

Saulo Vasconcelos Rocha<sup>1</sup>, Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>2</sup>, Tânia Maria de Araújo<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Analisar a ocorrência de violência física e/ou psicológica segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em uma população brasileira de área urbana.

**Método:** Este estudo epidemiológico de corte transversal foi realizado com amostra representativa da população urbana de Feira de Santana (BA) com idade acima de 15 anos. Foi utilizado um formulário semiestruturado para pesquisar informações sociodemográficas, hábitos de vida, condições clínicas e atos de vitimização.

**Resultados:** Entre os respondentes, as mulheres apresentaram maior ocorrência de violência física e/ou psicológica quando comparadas aos homens. A violência contra a mulher esteve atrelada à presença de comorbidades que afetam negativamente sua saúde.

**Conclusão:** As políticas de atenção a saúde e segurança do município devem contemplar ações direcionadas ao combate à violência contra a mulher, tendo em vista a elevada ocorrência e o impacto ocasionado por esse problema na saúde da população.

**Descritores:** Violência, violência contra a mulher, mulheres.

### Abstract

**Objective:** To analyze the occurrence of physical and/or psychological violence according to sociodemographic variables, lifestyle habits, and medical conditions in a Brazilian urban population.

**Methods:** This epidemiological, cross-sectional study was conducted with a representative sample of the urban population of Feira de Santana, state of Bahia, Brazil, aged > 15 years. We used a semistructured questionnaire to collect data on socio-demographic variables, lifestyle habits, medical conditions, and acts of victimization.

**Results:** Among the respondents, women presented an increased incidence of physical and/or psychological violence when compared with men. Violence against women showed to be related with the presence of comorbidities that adversely affect women's health.

**Conclusions:** Health and safety policies in the municipality assessed should include actions aimed at preventing violence against women, in view of the high incidence of the problem and its strong impact on population health.

**Keywords:** Violence, violence against women, women.

### Introdução

A violência é um fenômeno complexo, desencadeado por múltiplos fatores e que está presente em todos os segmentos da sociedade. De acordo com Minayo & Souza<sup>1</sup>, é muito difícil conceituar violência, principalmente por ser ela uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural – resultante das interações sociais.

Pode apresentar-se, ainda, como um componente cultural naturalizado. Contudo, a Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup> define violência como o uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão,

<sup>1</sup> Mestre. Professor assistente, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, BA. <sup>2</sup> Doutora. Professora titular, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA.

Apoio financeiro: O autor S.V.R. foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o período do estudo.

Recebido em 13/04/2010. Aceito em 04/05/2010. Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar: Rocha SV, de Almeida MM, Araújo TM. Violência contra a mulher entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Trends Psychiatry Psychother. 2011;33(3):164-8.

morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A mesma fonte indica ainda que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e outros fatores individuais explicam algumas das predisposições à violência, é mais frequente que esses fatores interajam com fatores familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência.

Dentre as diversas formas de violência, a violência contra a mulher foi reconhecida na última década como um problema de saúde pública<sup>2</sup>. Na definição da Convenção de Belém do Pará, adotada pela Organização dos Estados Americanos em 1994<sup>3</sup>, a violência contra a mulher foi conceituada como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

A violência física pode ser compreendida como todo e qualquer ato que tenha como propósito causar dano por meio do uso de força física ou utilizando algum tipo de arma ou instrumento que possa ocasionar lesões internas, externas ou ambas. A violência psicológica é caracterizada como toda ação ou omissão que causa ou se destina a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa<sup>4</sup>.

Dados sobre a violência no Brasil ainda são escassos, principalmente no que se refere a estudos populacionais realizados no nordeste do país. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar a ocorrência de violência física e psicológica segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas entre residentes de áreas urbanas do município de Feira de Santana (BA).

## Material e métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal, de natureza descritiva, no município de Feira de Santana, localizado a 116 km de Salvador, capital da Bahia, Região Nordeste do Brasil.

O município é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31ª do país. Está localizado na região da Zona de Planície, entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano. Tem uma população de 535.820 habitantes<sup>5</sup>.

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios, a partir de dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>5</sup>.

A amostra foi constituída de 3.597 indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos, residentes em áreas urbanas do município de Feira de Santana (BA). Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes procedimentos: listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram

incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário. Todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas, foram realizadas até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio após três visitas.

Os dados foram coletados por meio de formulário aplicado aos moradores dos domicílios sorteados. O instrumento coletava informações sociodemográficas, sobre características do trabalho profissional e doméstico, aspectos da saúde reprodutiva, informações sobre doenças autorreferidas, hábitos de vida e atos de vitimização (violência física e/ou psicológica).

As variáveis violência física e/ou psicológica, hábitos de vida (consumo de álcool, fumo, prática de atividade física e participação em atividades de lazer) e condições clínicas (hipertensão, diabetes melito, colesterol elevado e cardiopatia) foram investigadas por meio de questão dicotômica (sim/não). Já com relação à variável dependente (violência física e/ou psicológica), os entrevistados foram questionados sobre se haviam sofrido alguma violência física e/ou psicológica nos últimos 24 meses.

Para a confecção do banco de dados, foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b. As análises foram feitas nos pacotes estatísticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 9.0, e R 2.6.1. Na análise descritiva, foi feita a distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão (DP).

A ocorrência de violência foi estratificada segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas. Foram calculadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a avaliação da medida de significância estatística, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se  $\alpha = 5\%$ .

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque e na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (parecer nº 042/06).

## Resultados

Na população investigada, prevaleceram os indivíduos da faixa etária entre 15-29 anos (39,9%), sexo feminino (71,4%), casados/união estável (48,5%), renda familiar de  $\leq 1$  salário mínimo (81,7%) e que cursaram até o ensino fundamental (47,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos residentes de áreas urbanas em Feira de Santana (BA), 2007

Variável	Frequência, n (%)
Sexo	
Feminino	2.569 (71,4)
Masculino	1.028 (28,6)
Idade	
15-29	1.400 (38,9)
30-49	1.197 (33,3)
50-69	770 (21,4)
≥ 70	230 (6,4)
Situação conjugal	
Casado(a)/união estável	1.743 (48,7)
Solteiro(a)	1.305 (36,4)
Viúvo(a)	285 (8,0)
Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	248 (6,9)
Escolaridade	
Nunca foi à escola/lê e escreve	240 (6,7)
Ensino fundamental	1.692 (47,2)
Ensino médio/ensino superior	1.656 (46,2)
Renda	
≤ 1 salário mínimo	2.938 (81,7)
> 1 salário mínimo	658 (18,3)

Entre os entrevistados, 18,2% (n = 655) referiram ter sofrido alguma violência física e/ou psicológica nos últimos 24 meses, sendo a ocorrência maior entre mulheres (76,3%) quando comparadas aos homens (23,7%).

Na Tabela 2, é possível observar que mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos (20,2%), divorciadas/desquitadas/viúvas (20,2%), as que tinham o ensino fundamental completo (20,2%) e renda ≤ 1 salário mínimo (19,7%) apresentaram maior ocorrência de violência física e/ou psicológica. No entanto, essas associações não foram estatisticamente significantes.

Por outro lado, a associação negativa entre ocorrência de violência física e/ou psicológica e faixa etária foi estatisticamente significativa entre os indivíduos mais velhos (≥ 70 anos), de ambos os sexos, sendo a associação mais evidente entre os homens (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a ocorrência de violência física ou psicológica segundo hábitos de vida e estratificada por sexo. Constatou-se que mulheres fumantes (28,7%),

**Tabela 2** - Ocorrência de violência física e emocional segundo características sociodemográficas (Feira de Santana, BA, 2007)

Variável	Masculino		Feminino	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Faixa etária				
15-29 anos	15,6	-	21,4	-
30-49 anos	16,8	1,08 (0,78-1,50)	20,2	0,94 (0,70-1,13)
50-69 anos	14,9	0,95 (0,65-1,41)	18,0	0,84 (0,68-1,04)
≥ 70 anos	4,3	0,28 (0,09-0,86)	9,3	0,44 (0,26-0,72)
Situação conjugal				
Solteiro(a)	16,5	1,20 (0,89-1,63)	20,2	1,06 (0,89-1,27) -
Casado(a)/união estável	13,7	-	19,0	-
Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)/viúvo(a)	16,7	1,03 (0,83-1,29)	19,6	1,03 (0,83-1,29)
Escolaridade				
Nunca foi à escola/lê e escreve	12,9	0,99 (0,50-1,97)	14,0	0,69 (0,47-1,02)
Ensino fundamental	17,3	1,31 (0,98-1,79)	19,4	0,96 (0,82-1,13)
Ensino médio/ensino superior	13,0	-	20,2	-
Renda				
> 1 salário mínimo	12,9	-	17,7	-
≤ 1 salário mínimo	16,1	1,25 (0,90-1,72)	19,7	1,11 (0,86-1,43)

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RP = razão de prevalência.

**Tabela 3** - Ocorrência de violência física e emocional segundo hábitos de vida (Feira de Santana, BA, 2007)

Variável	Masculino		Feminino	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Tabagismo				
Não	14,0	-	18,4	-
Sim	20,7	1,48 (1,05-2,08)	28,7	1,56 (1,26-1,93)
Etilismo				
Não	14,6	-	18,1	-
Sim	15,6	1,06 (0,79-1,42)	24,8	1,37 (1,15-1,63)
Atividade física				
Inativo	16,5	1,22 (0,91-1,63)	19,4	0,98 (0,80-1,19)
Ativo	13,5	-	19,8	-
Participação em atividades de lazer				
Não	20,0	1,37 (0,89-2,11)	16,6	0,83 (0,66-1,03)
Sim	14,6	-	20,1	-

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RP = razão de prevalência.

que consumiam álcool frequentemente (24,8%), ativas fisicamente (19,8%) e que participavam regularmente de atividades de lazer (20,1%) apresentaram maior ocorrência de violência física e/ou psicológica. No entanto, a associação foi estatisticamente significativa apenas para as variáveis tabagismo e etilismo.

A ocorrência de violência física e/ou psicológica esteve associada ao hábito de fumar (tabagismo) em ambos os sexos, enquanto a associação com o consumo de bebidas alcoólicas (etilismo) foi evidenciada apenas para o sexo feminino (Tabela 3).

A Tabela 4 descreve a ocorrência de violência física e/ou psicológica segundo condições clínicas. As mulheres que referiram ser portadoras de hipertensão arterial (21,2%), colesterol elevado (20,9%) e cardiopatias (25,7%) foram mais acometidas por violência física e/ou psicológica.

## Discussão

A violência contra a mulher se apresenta como uma forma de legitimação de poder do homem sobre a mulher, sendo por isso denominada de violência de gênero<sup>6</sup>. A violência de gênero é produto da organização social e está alicerçada nas desigualdades entre os sexos, estabelecendo-se como um campo de luta estruturada pelas diferenças de poder entre homens e mulheres<sup>7</sup>.

Martins<sup>8</sup>, ao estudar o perfil da mulher vítima de violência no município de Feira de Santana (BA), identificou que as mulheres de faixas etárias mais jovens, casadas ou em união informal e com baixos níveis de escolaridade foram as mais acometidas por atos de violência, divergindo dos resultados encontrados no presente estudo.

Segundo d'Oliveira et al., a ocorrência de violência física e/ou sexual durante a vida foi de 28,9% no município de São Paulo e de 36,9% e nos municípios da Zona da

Mata pernambucana<sup>9</sup>. As mulheres que sofrem violência, em sua maioria, não denunciam seus agressores e escondem o fato da sociedade, por medo ou vergonha. Em consequência disso, existe uma grande dificuldade em obter o número real de mulheres que são agredidas<sup>10</sup>.

Estudos apontam para o uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares por mulheres em situação de violência<sup>11-13</sup>. Essa pode ser uma consequência da adoção de hábitos inadequados de saúde, como o consumo de álcool e cigarros.

Borsoi et al.<sup>14</sup> buscaram compreender as ações direcionadas ao enfrentamento da violência doméstica no Programa de Assistência à Saúde da Mulher em duas unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro (RJ) e concluíram que a violência doméstica é uma realidade bastante comum nas unidades estudadas.

Finalmente, Castro<sup>15</sup> destaca que existem inúmeros caminhos que podem levar a uma reviravolta no atual estado de violência contra a mulher. Nesses caminhos, cruzam-se, de um lado, produções de novas identidades culturais, e de outro, ações pontuais/imediatas no plano da proteção das vítimas e punição aos agressores. A mudança na legislação, com a introdução da Lei Maria da Penha<sup>16</sup>, certamente produzirá efeitos ainda não avaliados.

Entre as limitações deste estudo, pode-se apontar o próprio delineamento de pesquisa: o fato de este ser um estudo transversal impede o estabelecimento de relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas.

## Conclusão

A elevada ocorrência de violência física e psicológica contra as mulheres é um dado preocupante. Em nossa amostra, a violência física e/ou psicológica esteve associada com características sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas.

**Tabela 4** - Ocorrência de violência física e emocional segundo condições clínicas (Feira de Santana, BA, 2007)

Variável	Masculino		Feminino	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Hipertensão arterial				
Não	15,0	-	18,9	-
Sim	15,7	1,05 (0,72-1,53)	21,2	1,12 (0,95-1,34)
Diabetes melito				
Não	15,3	-	19,8	-
Sim	10,8	0,71 (0,28-1,81)	12,9	0,65 (0,41-1,02)
Colesterol elevado				
Não	15,2	-	19,1	-
Sim	14,1	0,93 (0,50-1,73)	20,9	1,09 (0,88-1,35)
Cardiopatias				
Não	15,2	-	19,1	-
Sim	12,5	0,82 (0,33-2,08)	25,7	1,35 (1,01-1,79)

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RP = razão de prevalência.

O consumo de álcool e tabaco parece representar, em parte, uma forma encontrada pelas vítimas de lidar com a violência. Tais hábitos de vida podem explicar a maior prevalência de hipertensão arterial, colesterol elevado e cardiopatias observada entre as mulheres vítimas de violência.

Fazem-se necessárias ações de combate à violência contra a mulher, sendo que tais ações devem proporcionar às mulheres informações e meios que possibilitem agir frente à situação de violência a que estão expostas.

## Referências

1. Minayo MC, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cienc Saude Coletiva*. 1999;4(1):7-23.
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. (WHO Technical Report Series 866.)
3. Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>. Acessado 17 out 2011.
4. Day VP. Violência doméstica e suas manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(1):9-21.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 1999/2000. Brasília: IBGE; 2006.
6. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comun Saude Educ*. 2009;13(31):287-99.
7. Heise L. Violence against women: the hidden health burden. Washington: World Bank; 1994.
8. Martins PF. Perfil da mulher vítima de violência no município de Feira de Santana, BA. *Mulher: Saúde, Trabalho e Violência* - Encontro de Produção Científica do Departamento de Saúde; 2000; Feira de Santana, Brasil; Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2000. p. 27-40.
9. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermitr AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-310.
10. Almeida MMG, Araújo TM, Araújo EM, Santana CC. Saúde mental e violência em mulheres do município de Feira de Santana, Bahia. *Rev Saude Coletiva Uefs*. 2006;1:101-10.
11. 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 Saude Publica*. 2000;16(1):129-37.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7.
13. Couto MT, Schraiber LB, d'Oliveira AF, Kiss LB. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;11(Supl):1323-32.
14. Borsoi TS, Brandão ES, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface Comun Saude Educ*. 2009;13(28):165-74.
15. Castro MG. Violência contra a mulher: até quando? *Cad CEAS*. 1993;150:24-37.
16. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acessado 18 out 2011.

## Correspondência

Saulo Vasconcelos Rocha  
Av. José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequiezinho  
45200-000 – Jequié, BA – Brasil  
Tel.: (77) 3082.0383  
E-mail: svrocha@uesb.edu.br