

Tendências da violência entre parceiros íntimos no Brasil: dados de duas ondas da pesquisa nacional de álcool e drogas

Elizabeth Z. Ally,¹ - Ronaldo Laranjeira,¹ - Maria C. Viana,^{1,2} - Ilana Pinsky,¹ - Raul Caetano,³ - Sandro Mitsuhira,¹ - Clarice S. Madruga,¹

¹ Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

³ Prevention Research Center, Instituto do Pacífico para Pesquisa e Avaliação, Calverton, MD, EUA.

Resumo:

Objetivo: Comparar as taxas de prevalência da violência entre parceiros íntimos (VPI) em 2006 e 2012 em uma amostra de domicílios nacionalmente representativa no Brasil. As associações entre VPI e o uso de substâncias psicoativas também foram investigadas.

Métodos: VPI foi avaliada usando o *Conflict Tactic Scale-R* em duas ondas (2006/2012) do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. As taxas de prevalência ponderada e o modelo de regressão logística ajustado foram calculados.

Resultados: As taxas de prevalência da vitimização na VPI diminuíram significativamente, especialmente entre as mulheres (8,8 para 6,3%). As taxas de Agressão na VPI também diminuíram significativamente (10,6 para 8,4% para o total da amostra e 9,2 para 6,1% nos homens), bem como os índices de violência bidirecional (por indivíduos que atuava simultaneamente como vítimas e autores da violência) (3,2 para 2,4% para o total da amostra). O uso de bebidas alcoólicas aumentou a probabilidade de ser vítima (odds ratio [OR] = 1,6) e agressor (OR = 2,4) na VPI. Usar drogas ilícitas aumentou até 4,5 vezes a probabilidade de ser um agressor.

Conclusões: Apesar da redução significativa na maioria dos tipos de VPI entre 2006 e 2012, a violência perpetrada pelas mulheres não foi significativamente reduzida, e as taxas nacionais atuais ainda são altas. Além disso, este estudo sugere que o uso de álcool e outras drogas psicoativas desempenha um papel importante na VPI. Iniciativas de prevenção devem levar em consideração o uso indevido de drogas.

Palavras-chave: Violência doméstica; violência por parceiro íntimo; epidemiologia; violência; Brasil

Abstract

Objective:

To compare intimate partner violence (IPV) prevalence rates in 2006 and 2012 in a nationally representative household sample in Brazil. The associations between IPV and substance use were also investigated.

Methods:

IPV was assessed using the Conflict Tactic Scale-R in two waves (2006/2012) of the Brazilian Alcohol and Drugs Survey. Weighted prevalence rates and adjusted logistic regression models were calculated.

Results:

Prevalence rates of IPV victimization decreased significantly, especially among women (8.8 to 6.3%). The rates of IPV perpetration also decreased significantly (10.6 to 8.4% for the overall sample and 9.2 to 6.1% in men), as well as the rates of bidirectional violence (by individuals who were simultaneously victims and perpetrators of violence) (3.2 to 2.4% for the overall sample). Alcohol increased the likelihood of being a victim (odds ratio [OR] = 1.6) and perpetrator (OR = 2.4) of IPV. Use of illicit drugs increased up to 4.5 times the likelihood of being a perpetrator.

Conclusions:

In spite of the significant reduction in most types of IPV between 2006 and 2012, violence perpetrated by women was not significantly reduced, and the current national rates are still high. Further, this study suggests that use of alcohol and other psychoactive drugs plays a major role in IPV. Prevention initiatives must take drug misuse into consideration.

Key words: Domestic violence; intimate partner violence; epidemiology; violence; Brazil

Introdução

Violência por parceiro íntimo (VPI) é um importante problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência global da VPI durante a vida entre mulheres casadas ou que coabitam é de cerca de 30%, variando de 20 a 40% para diferentes regiões ao redor do mundo. Comparado com homens vítimas de VPI, as mulheres são mais propensas a sofrer danos físicos graves.¹⁻³ Importante esclarecer que mais de um em 10 homicídios é cometido por um parceiro íntimo e mais de um terço dos homicídios femininos são perpetrados por parceiros.¹

Apesar de vários estudos terem demonstrado maiores taxas de prevalência de violência doméstica entre populações latinas em comparação com outros grupos étnicos,^{4,5} há escassez de dados sobre o assunto na América Latina.^{4,6,7}

De acordo com um relatório recente da OMS, o Brasil ocupa o sétimo lugar nas taxas de homicídio do sexo feminino entre 84 países do mundo, superando a maioria dos seus vizinhos da América do Sul, com exceção da Colômbia; todos os países europeus, exceto a Rússia, e todos os países Africanos e Árabes.^{7,8} A pesquisa nacional realizada pelo governo brasileiro, em 2012, revelou que mais de 18% da população feminina nacional relatou ter sido vítima de VPI.⁹ Mais da metade dos homens brasileiros relataram ter realizado pelo menos um ato violento contra os(as) parceiros(as), embora apenas 16% tenham identificado o seu comportamento como violento.¹⁰

Finalmente, os dados de uma pesquisa realizada nas maiores cidades do Brasil

revelaram que 8,6% da amostra relatou ter sido vítima de violência sexual por parceiro íntimo, a maioria mulheres.¹¹ No primeiro levantamento brasileiro sobre o Álcool e Drogas (I LENAD), realizado em 2006, a VPI foi relatada por mais de 10% dos homens e 15% das mulheres de uma amostra nacionalmente representativa.¹²

Para lidar com os altos índices de violência contra as mulheres no Brasil, uma nova lei que prevê medidas para controlar a violência de gênero contra as mulheres foi promulgada em 2006. Essa lei, identificada pelo nome de uma vítima de VPI, Maria da Penha, introduziu o tratamento penal mais rigoroso para a violência contra as mulheres¹³, bem como as inovações conceituais, tais como o reconhecimento das diferentes formas de violência (física, moral, psicológica, sexual, e de propriedade).¹⁰ A nova legislação foi posta em prática em 2006, concomitantemente com a primeira onda do I LENAD. O LENAD II foi realizado 6 anos após a implementação do Lei Maria da Penha, proporcionando uma oportunidade para avaliar tendências em VPI no país antes e depois da lei ser implementada.

As associações entre violência doméstica (VPI e / ou abuso na infância) e vários fatores de risco têm sido amplamente estudadas.¹⁴⁻¹⁶ Há evidências consistentes mostrando maiores taxas de VPI entre os bebedores pesados e os dependentes do álcool. O I LENAD confirmou a associação entre a VPI e o consumo de álcool.¹² O uso de outras substâncias, como as múltiplas drogas, tabaco e os hipnóticos, também é frequentemente associado com VPI.¹⁷

O objetivo do presente estudo foi examinar as tendências da VPI no Brasil, bem como investigar fatores sociodemográficos de vitimização e agressão na VPI e as possíveis associações de VPI com álcool, tabaco e substâncias ilícitas.

Métodos

Este é um estudo transversal com base nas duas ondas do LENAD. A análise comparativa foi realizada utilizando ambos os conjuntos de dados (2006/2012), enquanto as associações foram investigadas, utilizando somente os dados da onda de 2012.

Amostragem e procedimentos (Ondas de 2006 e 2012)

Ambas as pesquisas foram organizadas pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, INPAD) da Universidade Federal de São Paulo, Brasil, e conduzida pela *Ipsos Public Affairs*. Os métodos de amostragem foram idênticos nas

duas pesquisas, ou seja, amostras representativas da população brasileira, estratificada com alocação proporcional à população de cada estado (estrato) para selecionar os brasileiros de 14 anos de idade ou mais da população domiciliar do país. Em ambas as pesquisas, as entrevistas foram de cerca de uma hora, face-a-face e foram realizadas por entrevistadores treinados. A amostragem estratificada teve quatro fases, como segue:

1. No primeiro estágio, os municípios que compuseram a amostra, selecionados probabilisticamente pelo método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho);
2. No segundo estágio, dentro dos municípios selecionados, foram selecionados os setores censitários, pelos mesmos métodos, PPT.
3. No terceiro estágio, foram identificados os bairros e selecionadas as famílias;
4. No quarto estágio, e última fase, um entrevistado foi selecionado aleatoriamente dentro do agregado familiar (o primeiro a fazer aniversário naquele domicílio). Não foram autorizadas substituições em nenhum dos estágios.

Em 2006, a amostra selecionada foi composta por 3.007 participantes, composta por 2.346 entrevistas com adultos (≥ 18 anos de idade) e mais 661 com entrevistados entre 14 e 17 anos de idade. Em 2012, 4.607 participantes foram entrevistados, incluindo 3.295 respondentes ≥ 18 anos de idade e 1.312 respondentes entre 14 e 17 anos de idade. A taxa de resposta em 2006 foi 66%, contra 78% em 2012. Uma sub-amostra de 1443 (55,34%) participantes em 2006 e 2120 (57,18%) em 2012, de indivíduos casados ou que viviam na época com um parceiro, foi utilizada para análise no presente estudo.

Medições

Variáveis Sociodemográficas

Nesta análise, todas as principais variáveis sociodemográficas foram avaliadas - sexo, idade, educação, status socioeconômico, renda e todas as regiões geográficas brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Violência por parceiro íntimo

Todas as questões utilizadas na pesquisa relativas à violência física foram adaptadas do Conflict Tactics Scales (CTS2) revisado.¹⁸ Aos entrevistados foram

feitas nove perguntas sobre a ocorrência de diferentes tipos de comportamentos violentos nos últimos 12 meses, incluindo violência leve (jogar alguma coisa, empurrar, agarrar, empurrões, tapas) e violência grave (chutar, morder, bater, tentar acertar com alguma coisa, queimar ou jogar água quente, forçar ao sexo, ameaçar com uma faca ou arma, usar uma faca ou arma). Primeiro, os entrevistados foram questionados de se eles perpetraram estes atos contra seu (sua) parceiro (a) e, em seguida, foram solicitados a relatar se seu (sua) parceiro (a) tinha cometido esses atos contra eles. Com base em suas respostas, uma variável de cinco níveis foi criada (nenhum, 1, 2, 3 ou mais eventos). Uma variável binária também foi criada combinando os eventos, em que um foi atribuído a indivíduos que eram positivos (como vítimas ou autores da agressão) para, pelo menos, um evento.

Uso de substâncias

O consumo de álcool: *binge drinking*. Determinado de acordo com o Instituto Nacional de Abuso do Álcool como consumir cinco ou mais unidades / bebidas para os homens ou quatro para mulheres em cerca de 2 h. A ocorrência de pelo menos um evento no ano anterior foi considerada como positivo.

O consumo de álcool: DSM-5 Transtornos Relacionados ao Álcool (TRA). Avaliada com a versão brasileira do *Composite International Diagnostic Interview*.¹⁹ Embora esta entrevista tenha ocorrido antes do lançamento do DSM-5, há uma pergunta sobre o *craving* (fissura), que, em conjunto com as outras do questionário, permitiu utilizar, na íntegra, os critérios diagnósticos do DSM-5. Dito de outra forma, todos os 11 critérios no DSM-5 foram cobertos. Um ponto de corte de dois ou mais critérios presentes nos últimos 12 meses foi adotado para um diagnóstico positivo de TRA.

O uso do tabaco. Os participantes foram questionados sobre o seu consumo de produtos do tabaco (cigarros, roll-ups, tubos, ou charutos) e sobre os seus padrões de consumo (quantidade consumida, frequência do uso nos últimos 30 dias).

Uso de sedativos. Os entrevistados foram questionados sobre o uso de diazepam, bromazepam, e clonazepam por dia e nos 12 meses anteriores.

Uso de drogas ilícitas. Definido como o uso, durante a vida ou nos últimos 12 meses, o auto relato da utilização das seguintes substâncias: cannabis, estimulantes tipo anfetamina (tais como *speed*, *crystal meth*, *ecstasy* e outras alternativas MDMA), o crack / cocaína, cocaína e outras drogas ilegais (solventes, cola e spray de éter-

cloreto), os opiáceos (heroína e morfina) e alucinógenos (LSD, cogumelos mágicos). As avaliações do uso de drogas ilícitas e do uso de sedativos foram modificadas na onda de 2012. Para garantir a confidencialidade, essas perguntas não foram feitas mais face-a-face, mas respondidas separadamente pelo participante que as devolveu em envelopes selados para o entrevistador. Essa alteração impede que se faça qualquer comparação entre as duas ondas para estas variáveis. Portanto, as associações entre VPI e uso de drogas ilícitas só foram investigadas, neste estudo, para a segunda onda da pesquisa.

Onda de pesquisa

A variável binária foi criada para indicar o ano da pesquisa (2006 ou 2012). O conjunto de dados resultante da fusão das duas ondas foi usado para comparar as características sociodemográficas e associações do TRA com VPI.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software STATA v.13.0. Todas as análises foram ponderadas para levar em conta à estratificação da amostra e da não resposta usando a pós-estratificação. Todas as estimativas de taxas de prevalência e modelos de regressão foram feitas usando os comandos de pesquisa do STATA (svy). A primeira fase da análise foi realizada usando um conjunto de dados resultante da fusão das ondas da pesquisa 2006/2012. As características sociodemográficas são descritas na população de casados e coabitando e entre os envolvidos na violência doméstica, considerando-se três categorias: aqueles que relataram terem sido vítimas, os que relataram ter sido agressores, e aqueles que pertenciam a ambos os grupos, considerados do grupo de agressão "bidirecional". Todas as taxas de prevalência foram comparadas entre as ondas usando o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). A segunda fase da análise foi realizada usando somente a segunda onda da pesquisa. O passo-a-passo dos modelos da regressão logística multivariada foi realizado para testar as associações entre as três categorias de VPI (vítimas / perpetradores / bidirecional) e características sociodemográficas e uso de substâncias (álcool, tabaco e uso de drogas ilícitas). Todos os modelos foram ajustados mutuamente, e associações com uso de álcool e outras substâncias foram controladas por características sociodemográficas.

Resultados

Características da amostra

Todas as análises para este estudo foram realizadas com participantes casados / coabitando, o equivalente a 55,3% da amostra total em 2006 e 57,2% da onda de 2012.

Ambas as amostras foram quase igualmente distribuídas entre sexos e ponderada pelo nível de instrução e pelo status socioeconômico.

Tendências de VPI entre 2006 e 2012

Observou-se uma diminuição significativa na vitimização da VPI entre 2006 e 2012, principalmente em mulheres (8,8% em 2006 e 6,3% em 2012). Os riscos de vitimização da VPI diminuíram significativamente em 2012 (odds ratio [OR] = 0,73, 95% de intervalo de confiança [IC 95%] 0,55-0,95 – ajustadas para sexo, idade, escolaridade e renda). Mesmo que nenhuma diferença destas taxas em homens tenha sido detectada, a redução foi significativa para a população em geral (7,7% em 2006 para 6% em 2012). Em relação à situação socioeconômica, somente a classe C teve reduções significativas na vitimização da VPI (11,3% em 2006 para 7,8% em 2012) (Tabela 1).

Tabela 1: Taxas de prevalência de vitimização e agressão de, ao menos, um evento de VPI entre 2006 e 2012, pelas características sociodemográficas.

	2006		2012	
	Vítima N(/%)	Agressor N(/%)	Vítima N(/%)	Agressor N(/%)
Amostra Total	126 (7,7)*	172(10,6)*	141(6,0)*	191(8,4)*
Características Sociodemográficas				
Homens	46(6,7)	64(9,2)*	60(5,7)	61(6,1)*
Mulheres	80(8,8)*	108(12,0)	81(6,3)*	130(10,4)
Idade				
14 a 17	4(9,0)	10(26,1)	9(11,7)	12(17,4)
18 a 28	37(11,5)	53(17,4)	41(8,9)	60(13,4)
29 a 39	48(11,0)	68(15,2)	55(8,8)	68(11,1)
40 a 59	28(4,5)	31(5,4)	29(3,9)	42(5,6)
60 ou mais	9(5,0)	10(5,0)	7(2,6)	9(3,7)
Educação				
Fundamental	59(8,3)	77(11,2)	72(7,2)	93(10,1)
Médio	64(8,3)	89(11,0)*	67(6,7)	87(8,2)*
Superior ou +	3(1,6)	6(4,8)	2(0,3)	11(3,7)
Classe Socioeconômica				
A	1(1,1)	1(1,1)	1(0,8)	5(5,8)
B	9(3,9)	19(9,8)	28(3,9)	43(5,6)
C	59(11,3)*	73(13,4)*	78(7,8)*	100(10,1)*
D	35(5,3)	62(9,1)	23(6,1)	33(9,7)
E	22(12,4)	17(10,4)	11(9,5)	10(8,6)

Região				
Norte	11(9,5)	13(10,9)	13(7,9)	25(15,0)
Nordeste	38(7,9)	40(8,3)	42(7,1)	46(8,2)
Sudeste	51(7,6)	68(9,9)	62(6,3)	85(8,4)
Sul	13(5,8)	31(13,8)**	14(3,3)	15(3,5)**
Centroeste	13(11,7)	20(15,5)	10(5,5)	20(14,2)

Todas as taxas de prevalência foram calculadas por linha

* Indica significância ($p < 0.05$) do teste qui-quadrado para verificar diferenças entre as duas ondas

** $p < 0.01$

Quase 1 em cada 10 brasileiros (8,4%) relatou ser um agressor de VPI em 2012 (Tabela 1). Em 2006, mais de 1 em cada 10 participantes referiram ter apresentado pelo menos um tipo de comportamento agressivo contra o (a) seu (sua) parceiro(a) (10,6%). As chances de exibir um comportamento agressivo diminuíram significativamente entre as duas ondas (OR = 0,68, 95% IC 0,54-0,86). Houve uma pequena diferença entre homens e mulheres, com elas relatando maiores taxas de agressão em comparação com eles (12% de mulheres e 9,2% dos homens). A redução entre as duas ondas foi significativa entre os homens (9,2% para 6,1%), entre os participantes da classe média baixa (13,4% para 10,1%), e entre aqueles que finalizaram o ensino secundário (11,0% para 8,2%). Em relação às regiões brasileiras, foi observada redução significativa apenas no Sul, de 13,8% em 2006 para 3,5% em 2012 (Tabela 1).

A taxa de participantes que referiu ser ambos, isto é, vítimas e autores de violência íntima, diminuiu significativamente entre as duas ondas (3,2% em 2006 contra 2,4% em 2012) (Tabela 2).

Tabela 2: Taxas de prevalência de violência entre parceiros íntimos por gênero, entre 2006 e 2012, incluindo a vítima, o agressor e os envolvidos em violência bidirecional.

	2006			2012		
	Mulheres N(%)	Homens N(%)	Todos N(%)	Mulheres N(%)	Homens N(%)	Todos N(%)
Total	1719(52,1)	1285(47,9)	3004(100)	2537(52,1)	2070(47,9)	4607(100)
VÍTIMA						
1 evento	35(4,1)	19(2,8)	54(3,4)	34(2,6)	20(2,2)	54(2,4)
2 eventos	21(2,2)	6(1,0)	27(1,6)	19(1,1)	16(1,7)	35(1,4)
3 ou mais	24(2,5)	21(2,9)	45(2,7)	28(2,6)	24(1,9)	52(2,2)
Ao menos 1	80(8,8)*	46(6,7)	126(7,7)*	81(6,3)*	60(5,8)	141(6,0)*
AGRESSOR						

1 evento	32(3,8)	34(5,1)	66(4,4)	47(3,6)	28(2,9)	75(3,3)
2 eventos	28(3,1)	15(1,6)	43(2,3)	38(3,2)	18(1,8)	56(2,5)
3 ou mais	48(5,1)	15(2,4)	63(3,9)	45(3,7)	15(1,5)	60(2,6)
Ao menos 1	108(12,0)	64(9,2)*	172(10,6)*	130(10,5)	61(6,2)*	191(8,4)*

BIDIRECIONAL

Ao menos 1	56(3,3)	37(3,0)	93(3,2)*	61(2,6)	43(2,2)	104(2,4)*
------------	---------	---------	----------	---------	---------	-----------

* $p < 0.05$ qui-quadrado para testar diferenças entre as ondas 1 e 2

Associações entre a VPI e características sociodemográficas

Observou-se que, nos homens, a educação foi um fator de proteção contra a agressão (ensino fundamental e secundário completo vs. ensino fundamental incompleto ou analfabetos) (OR = 0,22, IC de 95% 0,06-0,79, $p < 0,05$; OR = 0,18, IC 95% 0,04-0,83, $P < 0,05$ respectivamente). A idade mais avançada foi um fator protetor para agressão de violência em ambos os sexos, homens (razão de taxa de incidência [RTI]: 0,97, IC 95% 0,95-0,99, $p < 0,05$) e mulheres (RTI: 0,97, IC 95% 0,95-0,98, $p < 0,001$) (resultado não mostrado nas tabelas). Em outras palavras, homens mais velhos ou com maior nível de escolaridade foram menos propensos a cometer violência do que homens mais jovens ou menos instruídos. Mulheres mais velhas foram menos propensas a cometer violência contra seus (suas) parceiros (as). Gênero e nível socioeconômico não foram associados significativamente com a vitimização ou a agressão de VPI.

VPI e uso de substâncias

Vitimização

Em relação ao consumo de substâncias, verificou-se que quase um terço da população global referiu uso em *binge* e 10% foram identificados com dependência de álcool (resultados não mostrados nas tabelas) em 2012. Entre as mulheres, não encontramos associações entre ser uma vítima de VPI e o consumo de substâncias. Entre os homens e no total da amostra, somente o álcool foi associado com ser vítima de VPI.

A associação significativa entre homens vítimas de VPI e TRA - DSM-5 foi identificada. A vitimização de homens na VPI foi associada também com o consumo excessivo de álcool (OR = 3,88, IC 95% 1,65-9,16 para a dependência e OR = 2,37, IC 95% 1,15-4,92 para *binge drinking*). As associações entre a vitimização na VPI e as variáveis de abuso de álcool (TRA e *binge*) também foram significativas quando considerada a amostra geral (OR = 2,52, IC 95% 1,36-4,66 para TRA) em 2012

(Tabela 3) e permaneceu significativa na análise do conjunto total de dados das ondas de 2006 e 2012 (OR = 4,15, IC 95% 3,21-5,36 para TRA e OR = 1,99, IC 95% 1,55-2,54 por consumo excessivo de álcool) e quando ajustado pela onda da pesquisa (OR = 4,11, 95% IC 3,18-5,31 para TRA e OR = 2,03, 95% IC 1,59-2,61 por consumo excessivo de álcool).

Tabela 3: Associações entre VPI e uso de substâncias psicoativas entre vítimas, agressores e envolvidos em violência bidirecional e taxas de prevalência do uso de substâncias.

	VÍTIMA			Taxas de Prevalência N(%)
	Mulheres OR(95%CI)	Homens OR(95%CI)	Amostra Total OR(95%CI)	
Tabagismo	1,42(0,64-3,18)	2,18(0,81-5,92)	1,72(0,93-3,19)	42(31,1)
Binge drinking ^o	1,17(,055-2,48)	2,37(1,15-4,92)*	1,56(0,96-2,54)	61(48,7)
TRA ^{oo}	1,41(0,65-3,08)	3,88(1,65-9,16)**	2,52(1,36-4,66)**	51(35,6)
Uso de Sedativos	1,67(0,48-5,81)	0,35(0,04-2,95)	1,11(0,32-3,85)	11(10,7)
Qualquer Droga Ilícita ^{ooo}	0,78(0,15-4,08)	4,49(0,46-44,01)	2,08(0,54-8,06)	18(13,5)

	Mulheres	Homens	Amostra Total	
Tabagismo	1,53(0,78-3,02)	2,40(0,76-7,58)	1,83(1,07-3,15)*	50(27,26)
Binge drinking ^o	2,00(1,08-3,70)*	3,71(1,13-12,19)*	2,40(1,50-3,83)**	76(44,9)
TRA ^{oo}	3,24(1,52-6,91)**	7,41(2,11-26,1)**	4,30(2,30-8,05)**	59(32,0)
Uso de Sedativos	2,12(0,87-5,17)	4,99(0,69-36,0)	2,35(0,83-6,61)	19(12,6)
Qualquer Droga Ilícita ^{ooo}	4,36(1,00-18,9)*	7,92(1,21-51,9)*	4,54(1,55-13,35)**	21(12,0)

	Mulheres	Homens	Amostra Total	
Tabagismo	2,09(1,00-4,39)*	2,12(0,92-4,90)	2,38(1,36-4,16)**	31(28,8)
Binge drinking ^o	2,71(1,45-5,05)**	3,18(1,59-6,37)**	2,97(1,85-4,75)**	46(50,0)
TRA ^{oo}	3,98(2,09-7,57)**	11,1(5,57-22,0)**	6,69(4,30-10,39)**	40(39,3)
Uso de Sedativos	3,26(1,19-8,92)*	1,33(0,16-10,76)	2,60(1,08-6,28)*	10(11,9)
Qualquer Droga Ilícita ^{ooo}	2,99(0,78-11,5)	3,36(1,42-7,93)**	3,15(1,52-6,53)**	14(13,0)

Todos os modelos de regressão foram controlados por idade, educação e renda (e sexo para a amostra total).

Modelos de Vitimização foram controlados por Agressão e vice-versa.

^o Ingestão no ultimo ano de 4/5 (mulheres e homens respectivamente) ou mais unidades de álcool dentro de 2 horas.

^{oo}De acordo com os critérios do DSM-5

^{ooo}Uso de qualquer substância ilícita no ultimo ano

* p<0.05 (Regressão Logística)

** p<0.01 (Regressão Logística)

Agressão

Dos participantes que referem ter sido agressores de VPI, quase 45% eram bebedores em *binge* e 32% foram identificados com TRA (Tabela 3) - em comparação com 27 e 10%, respectivamente, na população em geral. Ser um autor da violência foi associado com consumo excessivo de álcool na amostra total (OR = 2,40, IC 95% 1,50-3,83) e TRA (OR = 4,30, IC 95% 2,30-8,05). Esta associação foi mais forte entre homens agressores, que foram quase quatro vezes mais propensos a beber em *binge* (OR = 3,71, IC 95% 1,13-12,19) e com o risco aumentado em mais do que sete vezes de ser dependente de álcool (OR = 7,41, 95% IC 2,11-26,1) (Tabela 3). Notamos também que quase um terço dos agressores eram fumantes (Tabela 3), com uma associação significativa entre tabagismo e VPI para a amostra total. Além disso, mais do que 1 em 10 perpetradores de violência tinham usado pelo menos uma droga ilícita no ano anterior (Tabela 3). O uso de drogas ilícitas foi altamente associado a VPI (OR = 4,54, IC 95% 1.55-13.35 para a amostra inteira). Esta associação foi significativa para ambos os sexos, especialmente para os homens (OR = 7,92, IC 95% 1,21-51,9).

VPI Bidirecional

As taxas de prevalência do uso de substâncias entre os indivíduos que relataram VPI bidirecional (sendo tanto uma vítima e um autor da VPI) foram significativamente maiores. Quase um terço dos indivíduos deste grupo eram fumantes, metade referiu consumo excessivo de álcool, cerca de 40% refere TRA e 13% referiram uso de drogas ilegais (Tabela 3). Na violência mútua, a probabilidade do uso em *binge* e de ser dependente do álcool mais do que duplicou em homens e mulheres (fazendo uso em *binge*, OR = 2,71, IC 95% 1,45-5,05 para elas e OR = 3,18, IC 95% 1,59-6,37 para eles; e para TRA, OR = 3,98, IC 95% 2,09-7,57 para as mulheres e OR = 11,1, IC 95% 5,57-22,01 para os homens). O uso de drogas ilegais também foi altamente associado com VPI bidirecional em homens (OR = 3,36, IC 95% 1,42-7,93), mas não nas mulheres. O uso de sedativos foi significativamente associado com a violência bidirecional em mulheres (OR = 3,26, IC 95% 1,19-8,92) (Tabela 3).

Discussão

As ondas do LENAD, realizadas em 2006 e 2012, entrevistaram uma amostra de domicílios representativa do Brasil, gerando dados comparáveis desde o período

antes e depois de uma grande mudança na legislação para combater a vitimização da VPI entre mulheres. As conclusões apresentadas aqui destacam que uma proporção significativa de brasileiros de todas as idades e status sociodemográficos diferentes ainda experimentam VPI, mesmo que tenha sido observada a diminuição em algumas taxas. Mais do que 10% dos brasileiros casados ou coabitando relataram ter agredido seu (sua) parceiro (a) íntimo (a) por pelo menos uma forma de VPI em 2006, em comparação com pouco mais de 8% em 2012, indicando uma redução significativa no período de 6 anos, especialmente pelos homens. O mesmo foi detectado para as vítimas de VPI nas duas ondas, com redução significativa de 7,8% em 2006 a 6% em 2012. Essa queda foi ainda mais acentuada para as mulheres que sofreram pelo menos um tipo de violência, com uma redução de 28,4% (8,8-6,3%). Contudo, não houve redução significativa nas taxas de vitimização da VPI nos homens entre 2006 e 2012. A violência bidirecional também diminuiu no período de 6 anos. Este estudo também revelou que o uso nocivo do álcool foi altamente associado com a vitimização e Agressão da VPI.

Nosso estudo mostrou que, apesar de detectadas reduções significativas dos índices de VPI, a maioria dos indicadores se mantém notavelmente alta em 2012. Em relação à vitimização na VPI, a comparação entre as ondas de 2006 e 2012 constatou que 6% dos participantes referem ter sofrido pelo menos um evento violento em 2012, em comparação com cerca de 8% em 2006. A redução de mais de 28% na vitimização entre as mulheres foi talvez o resultado mais importante deste estudo (8,8% em 2006 vs. 6,3% em 2012). Foi também a mudança mais relevante neste período de 6 anos. Este dado é apoiado também por uma redução semelhante (mais do que 30%) nas taxas de agressão pelos homens entrevistados. No outro lado, as taxas de VPI das mulheres contra os homens não foram significativamente reduzidas. Combinados, estes resultados suportam a hipótese de que a Lei Maria da Penha pode ter desempenhado um papel nesta mudança. Deve-se notar que todas as campanhas e iniciativas de *advocacy* realizadas no país se concentraram em "violência contra a mulher" desconsiderando a violência perpetrada por mulheres contra seus (suas) parceiros (as). Estudos anteriores também relataram um impacto desta lei, destacando seus aspectos positivos e apontando suas limitações, como a dificuldade de obter proteção, medidas, recursos materiais e mão de obra especializada, além de criticar a fragmentação da rede de cuidados de saúde no Brasil.¹³

Embora nossos resultados mostrem uma diminuição em muitos indicadores de VPI, de acordo com estudos anteriores, camadas mais jovens e menos instruídas da população ainda têm as maiores taxas de VPI.^{9,20} Isto sugere que as poucas iniciativas de prevenção do VPI tiveram menos impacto sobre este setor da sociedade. No que diz respeito à distribuição em todas as regiões brasileiras, nossos resultados revelaram um significativo declínio dos agressores no Sul (13,8 para 3,5%). O Rio Grande do Sul (o estado mais populoso da região Sul), recentemente desenvolveu e lançou um centro de monitoramento para combater a violência contra as mulheres, implementação de *advocacy*, prevenção e estratégias de apoio.²¹ Esta iniciativa pode ter contribuído para reduções regionais importantes na VPI. Embora os resultados deste programa tenham sido lançados no mesmo ano da nossa coleta de dados (2012), algumas ações importantes deste programa foram realmente colocadas em prática em maio de 2011, e nossa pesquisa pode ter detectado o seu impacto, uma vez que a avaliação focou em eventos que ocorreram nos 12 meses anteriores, o que seria durante o ano de 2011.

Deve ser salientado que a comparação das taxas de prevalência entre os diferentes países ou mesmo com outras pesquisas brasileiras é um grande desafio. Metodologias discrepantes, como a avaliação de diferentes tipos e gravidade da violência e métodos de entrevista diferentes (por telefone, individual ou em casal) e intervalos de tempo distintos dificultam comparações.²² Por isto, encontramos grandes discrepâncias nas taxas de VPI ao comparar nossos resultados com aqueles de pesquisas recentes realizadas no país. Relatórios anteriores demonstraram taxas de vitimização da VPI variando de 18 a 44% no Brasil, com taxas de agressão estimadas em até 16% na população masculina,^{9,10,23} taxas que são muito mais elevadas do que as relatadas aqui. Tais diferenças podem ser resultado do nível de gravidade dos eventos de VPI avaliados em cada pesquisa. Em contrapartida, estas estimativas concordam com os nossos resultados quando se trata do pequeno intervalo entre homens e mulheres no que se refere às taxas de agressão da VPI. Nossos achados mostraram que as taxas de agressão são mais elevadas nas mulheres em relação aos homens, e também que as mulheres apresentam taxas mais elevadas de violência bidirecional em comparação com homens (3,3% vs. 2,6% para os homens). Estudos recentes têm sugerido que as mulheres são igualmente ou tem maior risco de ser agressoras da VPI, e que os homens têm a mesma probabilidade de serem vítimas de VPI.²⁴ De acordo com

Fanslow et al.,²⁵ uma proporção substancial de mulheres relata que resiste e luta quando é atacada, o que poderia ajudar a explicar as altas taxas de agressão nas mulheres. Além disso, estudos recentes de VPI têm se concentrado no agressor (homens e mulheres) e sobre a violência bidirecional, numa tentativa de compreender melhor a VPI em toda a sua complexidade.^{26,27}

A VPI foi associada ao uso nocivo do álcool (Medida pelo *binge drinking* e TRA), particularmente nos homens (vítima ou agressor), de acordo com estudos anteriores que mostram evidências de que o uso de álcool por um ou ambos os parceiros contribui para aumentar o risco e a gravidade da VPI.^{28,29} Esse achado também replica nossa publicação anterior, com base no conjunto de dados de 2006.³⁰ Além disso, a violência contra a mulher na VPI tem sido constantemente ligada ao beber pesado nos homens³¹ e ao TRA.^{32,33} É relevante destacar que as diferenças de gênero não foram observadas com relação à agressão em nossos resultados. Este estudo demonstrou que os principais preditores de Agressão na VPI, como uso ilegal de substâncias (para além do uso de sedativos), eram idênticos entre os sexos. Como em estudos anteriores,^{24,34} nossos achados sugerem que o perfil da VPI vai além das diferenças entre os sexos, sendo mais ligados à exposição a uso de substâncias,^{35,36} especialmente cocaína.³⁷

A coexistência da vitimização com a agressão é uma questão importante que tem recebido atenção durante as últimas décadas. Nosso estudo mostrou que 2,4% da população brasileira relatou ser vítima e agressor da VPI em 2012, com uma redução em relação a 2006 (3,2 em 2006 vs. 2,4% em 2012). Em geral, é possível afirmar que todos os fatores de risco investigados neste estudo foram fortemente associados à violência bidirecional: tabagismo, problemas com o uso do álcool, uso de sedativos e de drogas ilegais. Ressaltamos que apenas alguns estudos até agora investigaram especificamente a violência bidirecional, contudo, os fatores de risco citados foram identificados antes, como álcool, tabaco e uso de drogas ilegais.^{29,35} Okuda et al.³⁸ mostraram que através de uma vasta variedade de fatores, a associação mais forte obtida com a violência (Agressão) é a própria vitimização, levando a um ciclo de escalada da violência. Tomados em conjunto, os resultados atuais e a literatura sobre VPI bidirecional indicam que os indivíduos afetados pela violência bidirecional tendem a sofrer mais.

Nosso estudo tem várias limitações - em primeiro lugar, o fato de que este é um estudo baseado em dados secundários, uma vez que o foco das pesquisas LENAD

era originalmente para avaliar o consumo de drogas e, assim, métodos específicos para investigar a violência por parceiro interpessoal não foram aplicadas, tais como entrevistar casais, em oposição aos indivíduos selecionados aleatoriamente. Na ausência do parceiro, o participante pode negar os incidentes de VPI,³⁹ e isto pode ter levado à subnotificação. No entanto, as entrevistas individuais têm a vantagem de preservar a confidencialidade. Por sua vez, o formato do questionário, que cobre eventos relacionados à vitimização e à agressão, tende a minimizar a subnotificação. Além disso, outra possível limitação é a utilização do questionário CTS2, o qual não compreende a magnitude de todas as possíveis formas de violência cometidas entre parceiros íntimos, com destaque para os eventos, em sua maioria, mais graves. Contudo, o outro instrumento validado em Português no Brasil foi desenvolvido pela OMS Violence Against Women Instrument (VAWI), para ser usado na violência contra a Mulher. Além disso, o uso do CTS2 está consolidado no Brasil.⁴⁰

Infelizmente, a avaliação da VPI através da entrevista face-a-face não é a ideal. No entanto, a metodologia não pôde ser alterada para auto relatório usando envelopes selados (como foi usado para garantir a confidencialidade na divulgação do uso de drogas ilegais), porque essa alteração impediria comparações entre as duas ondas da pesquisa. Finalmente, apesar de nos beneficiarmos de análises com dados nacionalmente representativos, é importante ter em mente que ambas as pesquisas tinham um desenho transversal, que impedem conclusões sobre causalidade.

Concluindo, os resultados nos apresentam percepções novas quanto à magnitude, tendências e fatores relacionados à VPI no Brasil. Estes conhecimentos serão úteis para o desenvolvimento de intervenções adaptadas à realidade brasileira, bem como ações de *advocacy* baseadas em evidências.

A redução das taxas de VPI, especialmente em termos de vitimização feminina, sugere um impacto positivo da Lei Maria da Penha recém-implementada, reforçando a ideia de que iniciativas direcionadas podem ter um impacto nesse assunto. No entanto, por ser uma abordagem gênero-específica, visando especificamente os casos de homens-agressores vs. mulheres-vítimas, esta iniciativa pode ter perdido a oportunidade de impactar igualmente altos índices de violência perpetrada por mulheres. Finalmente, nossos resultados apoiam a ideia de que uma gestão mais eficaz dos problemas de uso de drogas na sociedade pode desempenhar um papel na prevenção da violência doméstica, especialmente na VPI.

Agradecimentos

Este estudo foi apoiado financeiramente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), durante a concepção e a realização da pesquisa.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesses envolvidos neste estudo.

Referências

- 1 Stockl 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.
- 2 World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
- 3 Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma*. 2005;58:22-9.
- 4 Cho H, Velez-Ortiz D, Parra-Cardona JR. Prevalence of intimate partner violence and associated risk factors among Latinos/as: an exploratory study with three Latino subpopulations. *Violence Against Women*. 2014;20:1041-58.
- 5 Pontecorvo C, Mejia R, Aleman M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanas R, et al. [Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic]. *Medicina (B Aires)*. 2004;64:492-6.
- 6 Carrasco-Portino M, Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Alvarez-Dardet C. [What do we know about men who abuse their female partner? A systematic review]. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22:55-63.
- 7 Garcia LP, de Freitas LR, da Silva GD, Hoffmann DA. [Corrected estimates of femicides in Brazil, 2009 to 2011]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37:251-7.
- 8 Waiselfisz JJ, Ribeiro C. Mapa da violência 2012. Caderno complementar 1: Homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011 [cited 2016 Mar 11]. mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf.
- 9 Brasil, Senado Federal. Violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Mar 2013 [cited 2016 Mar 11]. http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf
- 10 Instituto Avon. Instituto Avon/Data Popular: Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher [Internet]. [cited 2016 Mar 11].

compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/12/folderpesquisa_instituto22x44_5.pdf.

11 Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franc, a Junior I; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. [Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005]. *Rev Saude Publica*. 2008;42:127-37.

12 Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and alcohol consumption. *Rev Saude Publica*. 2010;44:53-9.

13 Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, de Quadros MM. [Repercussions of the Maria da Penha law in tackling gender violence]. *Cien Saude Colet*. 2013;18:691-700.

14 Overup CS, DiBello AM, Brunson JA, Acitelli LK, Neighbors C. Drowning the pain: intimate partner violence and drinking to cope prospectively predict problem drinking. *Addict Behav*. 2015;41:152-61.

15 Weiss NH, Duke AA, Sullivan TP. Probable posttraumatic stress disorder and women's use of aggression in intimate relationships: the moderating role of alcohol dependence. *J Trauma Stress*. 2014;27:550-7.

16 Rada C. Violence against women by male partners and against children within the family: prevalence, associated factors, and intergenerational transmission in Romania, a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:129.

17 Zaha R, Helm S, Baker C, Hayes D. Intimate partner violence and substance use among Hawai'i youth: an analysis of recent data from the Hawai'i Youth Risk Behavior Survey. *Subst Use Misuse*. 2013;48:11-20.

18 Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues*. 1996;17:283-316.

19 Quintana MI, Andreoli SB, Jorge MR, Gastal FL, Miranda CT. The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Braz J Med Biol Res*. 2004;37:1739-45.

20 Stockman JK, Lucea MB, Bolyard R, Bertand D, Callwood GB, Sharps PW, et al. Intimate partner violence among African American and African Caribbean women: prevalence, risk factors, and the influence of cultural attitudes. *Global Health Action*. 2014;7:24772-24772.

21 Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Relatório Lilás [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2016 Mar 11]. direitos-humanos-alrs.blogspot.com.br/2013/11/relatorio-lilas.html

22 McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012;32:677-89.

23 Serviço social do Comércio (SESC), Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Mar 11]. novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf

24 Ulloa EC, Hammett JF. The effect of gender and perpetrator-victim role on mental health outcomes and risk behaviors associated with intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2016;31:1184-207.

25 Fanslow JL, Gulliver P, Dixon R, Ayallo I. Hitting back: women's use of physical violence against violent male partners, in the context of a violent episode. *J Interpers*

Violence. 2015;30:2963-79. Rev Bras Psiquiatr. 2013;00(00) Intimate partner violence trends in Brazil 7

26 Testa M, Hoffman JH, Leonard KE. Female intimate partner violence perpetration: stability and predictors of mutual and nonmutual aggression across the first year of college. *Aggress Behav*. 2011;37:362-73.

27 Heslop J, Banda R. Moving beyond the "male perpetrator, female victim" discourse in addressing sex and relationships for HIV prevention: peer research in Eastern Zambia. *Reprod Health Matters*. 2013;21:225-33.

28 Caetano R, Cunradi CB, Clark CL, Schafer J. Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S. *J Subst Abuse*. 2000;11:123-38.

29 Cunradi CB. Drinking level, neighborhood social disorder, and mutual intimate partner violence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31:1012-9.

30 Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian National Alcohol Survey. *J Interpers Violence*. 2010;25:648-65.

31 Bazargan-Hejazi S, Kim E, Lin J, Ahmadi A, Khamesi MT, Teruya S. Risk factors associated with different types of intimate partner violence (IPV): an emergency department study. *J Emerg Med*. 2014;47:710-20.

32 Testa M, Kubiak A, Quigley BM, Houston RJ, Derrick JL, Levitt A, et al. Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73:268-76.

33 Wilsnack SC, Wilsnack RW, Kantor LW. Focus on: women and the costs of alcohol use. *Alcohol Res*. 2013;35:219-28.

34 Watkins LE, Maldonado RC, DiLillo D. Hazardous alcohol use and intimate partner aggression among dating couples: the role of impulse control difficulties. *Aggress Behav*. 2014;40:369-81.

35 Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200:684-91.

36 Kraanen FL, Vedel E, Scholing A, Emmelkamp PM. Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46:532-9.

37 Mattson RE, O'Farrell TJ, Lofgreen AM, Cunningham K, Murphy CM. The role of illicit substance use in a conceptual model of intimate partner violence in men undergoing treatment for alcoholism. *Psychol Addict Behav*. 2012;26:255-64.

38 Okuda M, Olfson M, Wang S, Rubio JM, Xu Y, Blanco C. Correlates of intimate partner violence perpetration: results from a National Epidemiologic Survey. *J Trauma Stress*. 2015;28:49-56.

39 Caetano R, Field C, Ramisetty-Mikler S, Lipsky S. Agreement on reporting of physical, psychological, and sexual violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *J Interpers Violence*. 2009;24:1318-37.

40 Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani Ide S, Andrade LH. Sao Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of

psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31:375-86.