**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

JANAINA BARBOSA DE OLIVEIRA

**Gênero, cultura e violência/ vitimização associadas ao álcool: um
estudo no município de São Paulo**

**Violência entre casais, abuso sexual e consumo de álcool: um
recorte do Projeto Genacis**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Médicas (Área de Concentração: Saúde Mental), do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental, sob orientação do Prof. Dr. Frederico G. Graeff e co-orientação da Profa. Dra. Florence Kerr-Corrêa.

**RIBEIRÃO PRETO
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Oliveira, Janaina Barbosa de.

Gênero, cultura e violência/vitimização associados ao álcool: um estudo no município de São Paulo – Violência entre casais, abuso sexual e consumo de álcool: um recorte do Projeto Genacis / Janaina Barbosa de Oliveira.–
Ribeirão Preto, 2007.

Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2007.

Orientador: Frederico Guilherme Graeff

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde mental 2. Violência 3. Alcoolismo
CDD 362.2042

Palavras-chave: Álcool; Abuso sexual; Gênero; Violência entre casais

Aos meus pais, Ademir e Mariangela, sem os quais eu não teria chegado a lugar algum...

e a meus irmãos, Júnior e Taillan, os melhores amigos que alguém pode ter...

Ao meu anjo, José Márcio, obrigada pela paciência, compreensão e companhia...

Agradecimentos

Professora Titular Florence Kerr-Corrêa,
minha co-orientadora, por estar
incondicionalmente sempre presente neste
caminho, pela paciência enquanto eu
ainda engatinhava, pela força para me
pôr de pé, e pela confiança que me
permitiu caminhar... Obrigada por ter
acreditado, investido, me guiado...
Obrigada por TUDO!

Professor Doutor Frederico
Guilherme Graeff, meu orientador,
pela sempre enriquecedora presença.

Professora Doutora Maria Cristina Pereira Lima, pela paciência e disponibilidade nos momentos de dúvidas, esclarecimentos e análises estatísticas. Obrigada pela tranquilidade que inspira e pelo bom humor...contagiante!

Doutora Maria Odete Simão, Assistente Social, pelo carinho com que me acolheu, pelo apoio, confiança e pela experiência em campo, como exemplo profissional e pessoal de firmeza e doçura...

Professora Doutora Adriana Marcassa Tucci, pelo apoio e contribuições indispensáveis a este projeto.

Sonia Mitiko T. Bueno e Ivana Cintra Faria, secretárias da Pós-Graduação em Saúde Mental, pelo carinho, paciência e disponibilidade com que sempre me atenderam.

Aos docentes e colegas de curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP-USP, obrigada pela experiência.

Rosemeire C. da Silva, bibliotecária da FMB-UNESP, pela atenção e competência com a bibliografia deste trabalho.

À amiga Rita de Cássia Correa, pela acolhida e momentos de agradável companhia, sem as quais eu não teria conseguido chegar a este momento.

Às amigas, Trícia Floripes, Regina Bossolan, Adriana Cezaretto, Mariana Cavariani e Miriam Fantazia, pelas experiências e angústias divididas, pela companhia nas horas alegres e difíceis...

Adnice Ruiz Pedro e Abílio M. Batista Pinto, pela diagramação e finalização deste trabalho.

Resumo

OLIVEIRA, J. B. Gênero, cultura e violência/ vitimização associadas ao álcool: um estudo no município de São Paulo - Violência entre casais, abuso sexual e consumo de álcool: um recorte do Projeto Genacis. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A violência entre casais e o abuso sexual ocorrem cotidianamente e nos âmbitos social e familiar. É um problema relevante no Brasil, pois afeta um número significativo de pessoas, em sua grande maioria mulheres, e produz inúmeros agravos à saúde física, reprodutiva e mental. Os homens, especialmente jovens, estariam mais sujeitos que as mulheres à violência em locais públicos, especialmente ao homicídio, cometido tanto por estranhos quanto por conhecidos. Já as mulheres estão mais sujeitas a agressões perpetradas por pessoas conhecidas e íntimas. Isso pode significar violência repetida e continuada que, muitas vezes, perpetua-se cronicamente por muitos anos ou até vidas inteiras. O objetivo geral deste trabalho foi analisar violência entre casais e abuso sexual (através das variáveis das seções N e O do Questionário Genacis), associadas ao padrão de consumo de álcool e dados sociodemográficos, especialmente gênero. O método foi o de um estudo transversal do tipo inquérito epidemiológico em amostra estratificada por conglomerados, sendo representativa dos níveis socioeconômicos e educacionais da população. Foi um recorte do projeto Genacis, realizado no município de São Paulo, cuja amostra totalizou 1473

peessoas de 18 anos ou mais. A coleta de dados foi realizada através da aplicação do questionário Genacis em entrevistas nos domicílios sorteados por uma equipe de entrevistadores treinados. A análise estatística univariada utilizou o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, no programa Stata 8.0. Os resultados mostraram uma taxa de 40% de recusa, a maioria de homens e famílias de estratos socioeconômicos mais altos, e moradores de prédios e condomínios. Houve predominância de mulheres (58,6%), pessoas casadas (41,1%), e com menos de 40 anos de idade (53,2%). Em relação à escolaridade, 3,7% eram analfabetos e houve concentração nas faixas de escolaridade mais baixas. Os homens tiveram predominantemente padrões de consumo de álcool moderado e pesado, enquanto as mulheres em geral tiveram padrões mais leves ou eram abstinentes. Cerca de 8,3% da amostra relataram algum tipo de violência física nos dois anos anteriores à entrevista. Tanto ser agressor como vítima se associou a ser jovem, ter companheiro (casado ou amasiado) e ser proveniente dos estratos socioeconômicos e educacionais mais baixos. A violência doméstica esteve associada ao padrão de consumo pesado de álcool, tanto em vítimas quanto agressores. As mulheres sofreram episódios mais graves de violência. Ter sofrido abuso sexual (atual ou passado) esteve associado a ter relacionamento atual com parceiro com padrão pesado de consumo de álcool e ser agressor, para ambos os gêneros. Embora não tenham sido encontradas diferenças de gênero em relação à frequência de

ser vítima ou agressor, nos homens agressores foi encontrado consumo mais pesado de álcool associadas ao incidente. Os resultados ressaltam a importância da associação entre o uso de álcool e risco de agressão (como perpetrador ou vítima) e tem importantes implicações na elaboração de políticas públicas e programas de tratamento desses problemas.

Palavras-chaves: gênero, álcool, violência, casais, doméstica, abuso sexual, epidemiologia.

Abstract

OLIVEIRA, J. B. **Gender, culture and violence/victimization related to alcohol: a São Paulo city study – Partner Violence, sexual abuse and alcohol consumption: a part of Genacis project.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Partner violence and sexual abuse occur in daily life in family and social relationships. It is an important problem in Brazil, involving a significant number of people, mostly women, leading to several physical, reproductive and mental health. Men, especially youngsters, would suffer more violence in public places, especially homicide, committed either by strangers or acquaintances. Women are more prone to be attacked by people they know and family members than by strangers, many times perpetuated chronically for years or during their entire lives. The objective was to evaluate violence and victimization between partners and sexual abuse (sections N and O of the Genacis questionnaire) with patterns of alcohol consumption and demographics, especially gender. This was a transversal study in an epidemiological survey and the sample was stratified by clusters representative of the socioeconomic and educational level of the population. This study is part of the Genacis project carried out in the City of São Paulo, and the final sample totalized 1473 people of 18 years or more. The data collection was carried through the application of the Genacis questionnaire in face-to-face interviews in the drafted houses by trained interviewers. The univariate statistical analysis used the qui-square or

Fisher's exact tests, in the Stata 8.0. The results have shown a refusal rate of 40%, mostly of men and higher socioeconomic status families living in condominiums. We had a predominance of women (58.6%), married (41.1%), and young (below 40 years of age (53.2%). Regarding education, 3.7% were illiterate, and concentrated in the lower educational stratus. Men consistently predominated in the moderate to heavy alcohol consumption, while the women kept the lightest alcohol ingestion or were abstainers. About 8.3% of the sample reported some kind of partner aggression in the last two years. Being an aggressor or a victim was associated to: younger age, married/common law and proceed from lower socioeconomic and educational levels. Domestic violence was associated with binge or heavy drinking of the involved ones, in most cases, perpetrators or victims. Moreover, women had suffered more severe episodes of violence. Sexual abuse (current or in the past) was associated to being currently aggressive and to have a partner with a heavy pattern of alcohol consumption. Although differences in gender were not found regarding being a victim or an aggressor, the aggressive men had more binge drinking associated to the violent incident. The results point out to the importance of understanding the role of alcohol use and the risk of aggression (as perpetrator or victim), and has important implications in the elaboration of public policies and programs for treating these problems.

Key words: gender, alcohol, partner violence, domestic, sexual abuse, epidemiology.

Lista de Tabelas

Tabela 1:	População em área urbana do município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.....	55
Tabela 2:	Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade, sexo e local.....	57
Tabela 3:	Proporção de sujeitos de acordo com o gênero.....	60
Tabela 4:	Características sócio-demográficas da amostra dos residentes do município de São Paulo.....	72
Tabela 5:	Padrão de consumo de álcool por gênero nos últimos 12 meses.....	73
Tabela 6:	Características sócio-demográficas de vítimas e agressores de violência doméstica física.....	75
Tabela 7:	Tipos de agressões sofridas e perpetradas por homens e mulheres.....	76
Tabela 8:	Nível de gravidade e sentimento diante da agressão física por homens e mulheres.....	77
Tabela 9:	Quem tinha bebido no momento da agressão, por homens e mulheres, vítimas e agressores.....	77
Tabela 10:	Padrão de consumo de vítimas e agressores.....	78
Tabela 11:	Padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores de violência doméstica.....	79
Tabela 12:	Características sociodemográficas de vítimas de abuso sexual.....	80
Tabela 13:	Abuso sexual e padrão de consumo de álcool, se atualmente o respondente é perpetrador ou vítima de violência doméstica e se atualmente tem algum transtorno mental comum.....	81
Tabela 14:	Abuso sexual antes e depois dos 16 anos de idade.....	83
Tabela 15:	Abuso sexual depois dos 16 anos de idade por sexo.....	83
Tabela 16:	Abuso sexual após 16 anos perpetrada pelo cônjuge.....	84
Tabela 17:	Se fica agressivo quando bebe álcool por sexo e frequência de consumo.....	84
Tabela 18:	Envolveu-se em briga enquanto bebia álcool por sexo.....	85
Tabela 19:	Abuso sexual e parceiro atual com padrão de consumo pesado de álcool.....	86

Sumário

1. Introdução.....	20
1.1. Definições.....	24
1.2. Teorias da relação álcool/violência.....	26
1.3. Perfil de agredidos e agressores.....	29
1.4. Violência, abuso sexual e uso de álcool: algumas prevalências	31
1.5. Conseqüências da violência doméstica para a saúde.....	41
1.6. Aspectos legais.....	43
2. Objetivos.....	50
2.1. Objetivos específicos.....	51
3. Métodos.....	52
3.1. Local do estudo.....	53
3.2. Delineamento.....	54
3.3. Amostragem.....	54
3.4. Lista de Setores Censitários/Controle de Campo.....	60
4. Procedimento.....	61
5. Variáveis.....	64
5.1. Consumo de Álcool.....	65
5.2. Variáveis de violência.....	66
5.3. Avaliação de transtorno mental comum (TCC).....	67
6. Análises estatísticas.....	68
7. Resultados.....	70
8. Discussão.....	87
8.1. Limitações e dificuldades do estudo.....	88
8.2. Violência domestica, abuso sexual e padrão de uso de álcool..	90
8.3. Abuso sexual.....	99
9. Conclusões.....	101
10. Referências.....	104
Anexos	119
Artigo.....	
Violência entre casais e beber se embriagando: um estudo no município de São Paulo	126

1. Introdução

A violência é expressa na dominação de classe, de gênero e de grupos, é considerada natural, permanece silenciosa e difusa na sociedade, sendo usada como instrumento de poder transformado em direito, legitimado. Presente nas instituições, estabelece os limites culturalmente aceitos da violência, sobretudo a física, em uma sociedade (SOUZA, 1993).

A violência do homem contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, se expressa no cotidiano e nas relações sociais no interior da família, da comunidade e das instituições. No âmbito doméstico é um problema relevante no Brasil, afetando um número significativo de mulheres e produzindo inúmeros agravos à sua saúde física, reprodutiva e mental, causando inclusive morte. É um fenômeno que nos alerta sobre as profundas desigualdades entre os sexos (ANGULO-TUESTA, 1997). Grossi (1996), um dos estudiosos do assunto, diz que: *“Ao destinar para a mulher um papel submisso e passivo, a sociedade cria espaço para a dominação masculina, onde o processo de mutilação feminina é lento, gradual e considerado legítimo”*. Talvez por esta razão, a violência do homem contra a mulher seja perpetuada até os dias atuais.

Os homens, e especialmente os homens jovens, estariam muito mais sujeitos que as mulheres à violência no espaço público, especialmente ao homicídio, cometido tanto por estranhos quanto conhecidos. O sexo masculino responde por 81,8% dos óbitos por causas externas, sendo que

cerca de 65% deles ocorre entre 15 e 39 anos (SOUZA, 1993; MINAYO e SOUZA, 1993). Já as mulheres estão mais sujeitas a ser agredidas por pessoas conhecidas e íntimas do que por desconhecidos. Isso pode significar violência repetida e continuada que, muitas vezes, perpetua-se cronicamente por muitos anos ou até vidas inteiras (LIMA e XIMENES, 1998; RECHTMAN e PHEBO, 2000; SCHRAIBER et al., 2002; DAY et al., 2003).

Inúmeras pesquisas demonstram que é no espaço doméstico onde ocorre a maior parte das agressões contra mulheres (GALVÃO e ANDRADE, 2004). Segundo Barsted (1998), isto acontece graças à cumplicidade e indiferença da sociedade perante a violência que ocorre no interior da família, que muitas vezes acaba por constituir um espaço de arbítrio e de agressão. Assim, pode-se dizer que a violência doméstica seria legitimada por uma ordem patriarcal de organização familiar, na qual a dominação masculina é vista como natural. Considerada normal e se passando no âmbito privado, a violência dificulta uma atitude de resistência e ruptura da mulher, implicando em mudança de valores, crenças e atitudes (DINIZ et al., 1999; BLAY, 2003). As mulheres vítimas de violência conjugal física procuram mais o auxílio de pessoas do que de instituições, o que sugere que as mulheres ainda consideram a violência conjugal um assunto que deve ser tratado no âmbito privado (BRUSCHI et al., 2006).

Em 48 pesquisas de base populacional, de 10 a 69 % das mulheres apontaram ter sido alguma vez alvo de agressão física de seus parceiros, sendo freqüentemente acompanhada de violência psicológica e, em um terço a 50% dos casos, pela violência sexual (WHO, 2002). Brown e Anderson (1991) mostraram que 71% das mulheres referiram abusos sexuais, comparados com apenas 25% dos homens. Mesmo em estudos com crianças e adolescentes abusados sexualmente, as vítimas eram, na maioria dos casos (80,9%), do sexo feminino (HABIGZANG et al., 2005). Entretanto, uma revisão de McHugh (2005) atenta para o fato de que as mulheres não são sempre as vítimas e os homens não são sempre violentos. Provavelmente, as pessoas diferem entre si devido ao contexto cultural e outras circunstâncias sociais.

O abuso sexual tem duas facetas: quando é perpetrado por desconhecidos, e quando ocorre no ambiente doméstico. Neste caso, há uma relativa “invisibilidade”, pois nem sempre é percebida ou vivida pela vítima como sendo violência, sendo “legitimada” pela união conjugal. O gênero se conjugará com outros elementos como idade, condições familiares, sociais, econômicas e culturais (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005). Além disso, existem muitas barreiras para o compartilhamento público do abuso sexual, o que gera uma subnotificação nos registros e muitas dificuldades para um levantamento estatístico reprodutível.

No trabalho de Angulo-Tuesta (1997) realizado na atenção primária, quase metade dos entrevistados se referiram às questões socioeconômicas como fatores que causariam diretamente a violência doméstica. Assim, situações como desemprego e dificuldades financeiras produziriam limitações na satisfação de necessidades básicas familiares. Alguns deles referiam explicitamente que essas condições desfavoráveis produziam tensões, falta de comunicação, intolerância e estresse entre os parceiros, provocando um aumento no consumo de bebidas alcoólicas e algumas vezes envolvimento com drogas, aumentando a probabilidade de violência.

1.1. Definições

Gênero é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo *status* diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana (SCOTT, 1990 apud KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

A Conferência de Direitos Humanos de 1993 gerou uma definição oficial das Nações Unidas sobre a violência contra a mulher: “todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (HEISE et al., 1994 apud DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005).

A violência intrafamiliar é definida como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue” (DAY et al., 2003). Existem quatro formas mais comuns de violência intrafamiliar: física, psicológica, negligência e sexual.

A *violência física* ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A *violência psicológica* inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento pessoal. A *negligência* é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma

condição física, permanente ou temporária. A *violência sexual* é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas (DAY et al., 2003).

Abuso sexual é definido como “qualquer relacionamento interpessoal no qual o ato sexual é veiculado sem o consentimento do outro, podendo ocorrer pelo uso da violência física e/ou psicológica” (COHEN e FÍGARO, 1996 apud KERR-CORRÊA et al., 2000). Em linhas gerais, o abuso sexual seria o contato sexual que ocorreu mediante força, fraude, ameaça ou exploração.

1.2. Teorias da relação álcool/violência

Várias teorias tentam explicar como o consumo de álcool aumentaria os índices de violência. Gmel e Rehm (2003) destacam três dentre os mais relevantes:

1. Os efeitos farmacológicos do álcool sobre o cérebro seriam responsáveis pelo aumento do comportamento agressivo bem como no prejuízo de áreas cerebrais responsáveis pela tomada de decisões e controle dos impulsos;
-

2. A associação entre a intoxicação alcoólica e agressividade seria um produto da aprendizagem social e de influências culturais. Estudos com placebo demonstraram que as pessoas agem com agressividade apenas por acreditarem que consumiram álcool;
3. Outras teorias relatam que o álcool contribui indiretamente para atitudes agressivas por causar mudanças cognitivas, emocionais e psicológicas, que podem reduzir a autoconsciência ou produzir uma avaliação incerta dos riscos.

Goldstein (1998) considera que a relação entre o uso de substâncias psicoativas e violência deve ser considerada dentro de um modelo comportamental complexo. Os principais fatores de risco para a presença de comportamento violento, com especial atenção ao relacionamento álcool/droga/crime devem-se a alguns fatores pessoais, tais como: antecedentes de delinquência, antecedentes pessoais e familiares de abuso físico/sexual, negligência, experiências inadequadas de socialização, vítima de agressões durante a infância e/ou adolescência. Outros fatores seriam os culturais, como valores adquiridos, crenças e normas internalizadas; as condições atuais, como efeitos farmacológicos da droga consumida - prejuízo cognitivo, labilidade emocional, agitação psicomotora, fissura ou *craving*, irritabilidade; as condições sociais: falta de controle social, desorganização familiar, falta de oportunidades de emprego, educação; e as condições econômicas: necessidade financeira, falta de

recursos financeiros para angariar a droga, dívidas; e condições ambientais: local de moradia, convivência com outros delinquentes (vizinhança). Apesar da importância dos múltiplos aspectos psicossociais na gênese da violência, o consumo inadequado de álcool e de outras drogas, seguramente, representa importante fator complicador (BALTIERI, 2003; POLDRUGO, 1998).

Alguns autores afirmam que quanto maior a frequência dos episódios de intoxicação por álcool, maiores são as chances de ações violentas. Além disso, quanto maior a quantidade de etanol consumida, maior é a violência empregada nos atos ilícitos (LEONARD, 2005; BALTIERI, 2005). O consumo de bebidas alcoólicas é frequentemente considerado um importante fator associado à violência sexual, aliado às características de personalidade do agressor, pois favorece a busca do prazer imediato e total despreocupação com a aprovação social (TESTA, 2002; QUINSEY et al., 2003 apud BALTIERI, 2005).

Nenhum padrão de organização familiar se mostrou imune ao uso de bebidas alcoólicas e à possibilidade de comportamentos violentos. O uso excessivo de bebidas alcoólicas nos finais de semana, associado a fortes pressões socioeconômicas, estilo educacional rígido e punitivo, ambiente sociocultural complexo e exigente, frequentemente conduz essas famílias a comportamentos violentos, impulsionados e modulados por esses mesmos elementos (MELO et al., 2005).

1.3. Perfil de agredidos e agressores

O comportamento dos perpetradores de violência doméstica parece-se ao dos dependentes de substâncias, com traços de perda de controle, manutenção do comportamento apesar das consequências adversas (danos físicos e impacto nas relações familiares), gasto excessivo de tempo com a atividade, culpabilização do outro, negação, minimização e ciclo progressivo de aumento, seguidos por constrição e promessas de mudança, entre outros (ZILBERMAN e BLUME, 2005; PADOVANI e WILLIAMS, 2002).

Os dados de revisão de alguns autores caracterizariam o perfil social das mulheres vítimas de agressão e de seus agressores:

- entre as mulheres vítimas, 50% têm entre 30 e 40 anos, 30% têm entre 20 e 30 anos, a maioria tem baixa renda familiar, estão desempregadas, 63,9% têm menos de cinco anos de estudo e 17,4% de 5 a 8 anos de estudo; 9,5% são alfabetizadas e 4,6% são analfabetas, proporção semelhante tem nível superior (4,6%). Em 50% dos casos, o casal convivia entre 10 e 20 anos e em 40% entre um e dez anos, havendo agressões por um período médio de cinco anos. Esses dados mostram, ainda, que a maioria dos agressores são homens (67,4%), tem entre 19 e 54 anos,

cônjuge e/ou ex-cônjuge, e que após a queixa, apenas 40% dos casais se separam (ADEODATO et al., 2005; MUTO, 2003; DESLANDES et al., 2000; ANGULO-TUESTA, 1997; BALLONE e ORTOLANI, 2002).

Day et al. (2003) salientam como fatores de risco pessoais do agressor ser homem, ter presenciado violência conjugal quando criança, ter sofrido abuso quando criança, ter pai ausente e ser consumidor de bebidas alcoólicas e/ou drogas. Como fatores de risco da relação, destacam-se os conflitos conjugais, o controle masculino da riqueza e da tomada de decisões na família; como fatores da comunidade estariam a pobreza e o desemprego, associação a amigos delinquentes, isolamento das mulheres e famílias; como fatores da sociedade, apontam normas socioculturais que concedem aos homens o controle sobre o comportamento feminino, aceitação da violência como forma de resolução de conflitos, conceito de masculinidade ligado à dominação, honra ou agressão, papéis rígidos para ambos os sexos.

1.4. Violência, abuso sexual e uso de álcool: algumas prevalências

Numerosos fatores de risco sociais, históricos, psicológicos e demográficos para a violência doméstica têm sido identificados, sendo o

consumo de álcool um dos mais presentes (O'LEARY e SCHUMACHER, 2003).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa feita pelo Instituto Nacional de Alcoolismo (NIAAA) mostra que o excesso de bebida é um fator presente em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país. A pesquisa mostrou, também, que o álcool é o fator mais relevante em casos de violência doméstica. Cerca de dois terços dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo ocorrendo em brigas entre marido e mulher. No caso dos estupros, a pesquisa identificou que em 72% dos casos o estuprador estava sob uso excessivo de álcool. Dos 5,3 milhões de criminosos norte-americanos sob supervisão criminal no ano de 1996, 40% estavam sob influência do álcool no momento em que cometeram o crime. No momento do ato, entre 28 e 85% dos homicidas, 13 a 60% dos estupradores e 7 a 72% dos assaltantes estavam sob influência de álcool (KAHN e ZANETIC, 2005). Um estudo de Nemtsov (2002) na Rússia estimou que atualmente o álcool exerce papel direto e/ou indireto em um terço de todas as mortes do país. Os russos em geral preferem vodka, e o “beber se embriagando” no país é muito comum; quase um terço dos homens admitem embriaguez ao menos uma vez por mês, e há uma grande tolerância social com o consumo pesado de álcool (BOBAK, 1999). Análise

desses dados têm demonstrado que os homens jovens que fazem uso pesado de álcool na Rússia o fazem como forma de controle de estresse (KOPOSOV et al., 2002).

Rossow (1996) em estudo realizado na Noruega, encontrou que se envolver em brigas sob influência do álcool (referido por 71 pessoas) foi mais freqüente entre homens (4,4%), jovens (10,8% abaixo de 25 anos), solteiros e com relato de consumo de bebidas alcoólicas em maior quantidade e freqüência. Por outro lado, o envolvimento em brigas foi menor conforme aumentava a renda e o nível de educação. Ser agredido por alguém intoxicado foi referido por 66 pessoas (2,4%) e não foi encontrada diferença de gênero. Entre as pessoas envolvidas em crimes violentos entre 1975-81, aproximadamente 85% referiam algum grau de embriaguez.

Cherpitel (1993, 1994) mencionou diferentes estudos em emergências hospitalares americanas nos quais foi comprovado que, das vítimas de agressão, 43% a 51% tinham concentração alcoólica sanguínea alta. O autor também referiu 11 estudos que compararam grupos de pacientes atendidos em decorrência de evento violento com grupos atendidos por outros motivos. Os resultados indicaram que as vítimas de violência têm de duas a cinco vezes mais chances de apresentarem concentração alcoólica sanguínea alta quando comparadas às vítimas de causa diversa. Portanto, o álcool é uma substância psicoativa intimamente

associada às mudanças de comportamento que têm como resultante a violência (MINAYO e DESLANDES, 1998). Um estudo de caso-controle no Pronto-Socorro do município de Sorocaba (SP), associou a ingestão de álcool com a vitimização por agressão física, com risco crescente conforme a quantidade ingerida por semana (GIANINI et al., 1999).

Embora baseados em definições variadas do fenômeno estudado, 35 estudos de 24 países revelaram que entre 20% e 75% das mulheres já foram vítimas de violência física ou sexual dos parceiros. Em estudos com amostras nacionais dos Estados Unidos e Canadá, 28% e 25% das mulheres reportam que foram vítimas deste tipo de violência, respectivamente. Alguns países apresentam as taxas de mulheres assassinadas por parceiros íntimos: no Canadá é de 62% (1987), 70% no Brasil (dados de Pernambuco em 1992) e 73% na Nova Guiné (1979-1982) (GIFFIN, 1994).

No Brasil, os estudos de casos denunciados nas delegacias de defesa da mulher, apresentam também um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999). Um levantamento realizado em 27% das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMS) mostrou que em 2005 houve cerca de 55 mil registros de ocorrências, somente nas capitais brasileiras. Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde em dez países sobre o

impacto da violência contra a mulher sobre sua saúde, divulgada em 2005, revelou que em São Paulo, capital, 27% das mulheres já foram agredidas fisicamente por seus parceiros ou ex-parceiros; em Pernambuco esse percentual sobe para 34% (FREIRE, 2006).

Uma pesquisa coordenada por Nappo e Galduróz (1996), do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Cebrid, da Universidade Federal de São Paulo, analisou 19.230 laudos cadavéricos realizados entre 1986 e 1993 no IML de São Paulo. Em 95% dos corpos, foi registrada a presença de álcool. Em 11% dos que tinham ingerido bebida, havia álcool suficiente para levar à morte, ou seja, se estas pessoas não tivessem morrido por ferimento à bala ou no trânsito, morreriam de qualquer forma pela intoxicação alcoólica. Cerca de 96% das vítimas eram homens. O tráfico de drogas foi responsável por 17 assassinatos, ou 11,7% do total (FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1998). Os resultados do estudo reportado pela OMS mostraram que 5,6% das mortes da população masculina e 0,6% das mortes de mulheres que ocorrem no mundo podem ser atribuídas ao consumo de álcool, concluindo-se que o álcool determinaria até 3,2% da mortalidade global (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Dados de Adeodato et al. (2005) apontaram que, antes das agressões, 70% dos parceiros agressores ingeriram álcool e 11%

consumiram drogas ilícitas. O agressor é também violento com outras pessoas em 58% dos casos, inclusive com os filhos (50%). Dos 58 homens que apresentaram comportamento agressivo com outras pessoas, 72% ingeriam álcool, e dos 50 homens que agrediam os filhos, 78% também consumiam álcool. A ingestão de álcool mostrou ter correlação direta com a agressão aos filhos. Um estudo de Habigzang et al. (2005) investigou o uso de álcool e outras drogas por perpetradores de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Verificou-se que 53,2% dos agressores eram usuários de álcool e 27,7% desses abusavam de alguma outra substância tóxica.

No Estado de São Paulo, mais da metade dos casos de violência doméstica estão associadas ao uso de álcool. Em 52% das situações, o agressor está sob o efeito de bebidas alcoólicas, sendo que apenas 10% envolvem o consumo de outras drogas (NOTO et al., 2004). Em pesquisa do Cebrid, foram entrevistadas 2.372 pessoas, entre 12 e 65 anos, em 27 cidades paulistas com mais de 200 mil habitantes. Em cerca de um terço dos lares havia antecedentes de violência. Do total de casos com situação de violência, 46% dos perpetradores haviam consumido bebidas alcoólicas, e apenas 4% estavam ligados ao uso de outras drogas. Já uma pequena percentagem (6%) envolvia tanto álcool quanto outras drogas (MUTO, 2003).

Em Curitiba, PR, foram analisados 130 processos de homicídio

entre 1990 e 1995 (14% do total de homicídios). Foram encontrados 141 autores e 138 vítimas de crimes, totalizando 279 sujeitos. Os dados obtidos apontaram que a maioria desses sujeitos é do sexo masculino, jovem, possui vínculo empregatício formal e família constituída. Resultados sugerem que 58,9% dos autores dos crimes estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas na ocorrência, o mesmo ocorrendo com 53,6% das vítimas (DUARTE e COTRIM, 2000). Em outro estudo realizado na mesma região, com o objetivo de delinear o perfil das mulheres atendidas em um centro de atendimento à mulher, encontrou-se que a violência emocional era a mais freqüente (56,4%), seguida pela violência física (32,1%). Os principais autores da agressão foram os atuais maridos ou companheiros das mulheres (73,4%) e o ambiente onde moravam foi citado como o principal local das agressões (GALVÃO e ANDRADE, 2004).

Um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no final da década de 1980, mostrou que, no Brasil, as mulheres eram 63% das pessoas que sofriam agressões físicas no espaço doméstico (FONTANA e SANTOS, 2001). Segundo Grossi (1996), dados referentes aos casos de violência contra a mulher, denunciados nas delegacias brasileiras, demonstram que 70% das agressões ocorrem dentro de casa, sendo praticadas por maridos ou companheiros.

Schraiber et al. (2003) estudaram usuárias da atenção primária na

cidade de São Paulo para verificar a prevalência de violência, a percepção, a definição e o nome dado a esta experiência por quem a experimentou. Foram entrevistadas 322 mulheres de 15 a 49 anos. Do total das entrevistadas, 69,6% relataram alguma forma de agressão física, psicológica ou sexual. Dessas, 63,4% não consideraram ter sofrido tal violência; 64,3% relataram ter sofrido algum episódio marcante de violência e 46,5% nomearam o fato vivido. A definição de violência mais freqüente foi aquela na qual havia ocorrido agressão física (78,8%), seguida pela psicológica (39,7%) e sexual (24,2%). A maioria dos episódios de violência foi no âmbito doméstico. Os autores concluíram que a maioria das mulheres que relataram alguma agressão não considerou como violência, tendo grande dificuldade em relatar os episódios bem como nomeá-los.

O estudo de Pedreira et al. (2005) teve como objetivo investigar a prevalência de violência física e sexual contra a mulher; foi realizado em um serviço de atenção primária na cidade de São Paulo com 1343 mulheres com idade entre 15 a 49 anos. A prevalência de violência física e/ou sexual foi de 50,2%, e na maioria dos casos, o companheiro foi o agressor (57,2%).

A dissertação de mestrado de Jong (2000) tinha como objetivo analisar dados de prevalência da violência à mulher (física, sexual e verbal) a partir dos Boletins de Ocorrência registrados na Delegacia de Defesa da Mulher do município de Botucatu, no período de janeiro de 1995 a

dezembro de 1997. Foram encontrados 2856 registros destes tipos de violência contra a mulher no período estudado. A maioria das lesões relatadas foi classificada como lesão do tipo leve. A maioria das agressões físicas foi realizada com as mãos (arranhões, socos, empurrões, puxões de cabelo, entre outros). As violências verbais mais frequentes foram ameaças, calúnias e injúrias. Os agressores em sua maioria eram cônjuges. Foi relatado que apenas 0,7% receberam atendimento médico.

O estudo de Silva (2003), realizado em um hospital de urgência e emergência na Bahia, com 701 mulheres em uma amostra por conglomerado, relatou que 321(45,8%) referiram algum tipo de violência (física, sexual e/ou psicológica). Este estudo constatou que a violência contra a mulher ocorria independentemente das características sociodemográficas e confirmou os dados de que o espaço doméstico é o local de maior incidência. Entre as mulheres que referiram violência física, houve uma maior frequência de transtornos mentais e problemas comportamentais. Um estudo transversal em unidade básica de saúde em Porto Alegre (RS) encontrou 86% de violência psicológica e 64% de violência física entre as mulheres sem instrução. A baixa escolaridade e baixa renda estiveram diretamente associadas a ambas as violências (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

Simão et al. (2002), com base em revisão bibliográfica, apontaram

que em cerca de 50% das violências contra a mulher o marido estava alcoolizado. Soares et al. (1996) citados por Deslandes et al. (2000) observaram que 30,3% dos 521 casos analisados declararam que o seu agressor era alcoolista ou estava embriagado no momento da agressão.

Zilberman e Blume (2005) referiram que as substâncias psicoativas estão envolvidas em até 92% dos episódios notificados como violência doméstica, sendo o álcool envolvido em até 50% dos casos de agressão sexual. Ainda segundo as autoras, homens casados que são violentos possuem índices mais altos de alcoolismo em comparação àqueles não violentos – índices de alcoolismo de 67 e 93% entre maridos que espancam suas esposas. Entre os homens alcoolistas em tratamento, de 20 a 33% relataram ter atacado suas mulheres pelo menos uma vez no ano anterior.

Os estudos sobre a prevalência do abuso sexual fornecem dados conflitantes, devido aos diferentes modelos metodológicos utilizados nas pesquisas e de diversos conceitos usados para definir abuso sexual.

Os resultados de Baltieri (2005) afirmaram que os molestadores de crianças demonstraram maior consumo de bebidas alcoólicas, maior frequência de abuso sexual na própria infância e menos problemas com o uso de drogas ilícitas do que os agressores de vítimas adultas. Ao contrário dos achados de Looman et al. (2004), que não encontraram diferenças em

relação ao consumo de álcool e outras drogas entre molestadores de crianças e agressores sexuais de adultos. Os dados de prevalência de abuso sexual devem ser cuidadosamente analisados, pois cerca de apenas 3% dos casos são efetivamente reportados aos órgãos oficiais (LEVENTHAL, 1998).

Um estudo de Faúndes et al. (2000) em cidades do interior do Estado de São Paulo, indicou que 54,8% das mulheres entrevistadas relataram que alguma vez tiveram relações sexuais contra a sua vontade.

O álcool e outras drogas seriam utilizados por mulheres para automedicação da dor decorrente de situações de violência doméstica e traumática. Mulheres feridas pelo parceiro possuem de 2 a 3 vezes maior chances de abusarem de álcool e drogas (ZILBERMAN e BLUME, 2005).

O fato de se encontrar uma associação importante entre alcoolismo e a ocorrência de agressões, sobretudo aquelas repetidas, não significa concluir que este fator seja a origem da violência contra a mulher, “mas imaginar a possibilidade de que abuso de álcool e agressão estejam respondendo, sob determinado ângulo, a condicionantes comuns” (MINAYO e DESLANDES, 1998; LEONARD, 2005; SOARES et al., 1996 apud ANGULO-TUESTA, 1997).

1.5. Consequências da violência doméstica para a saúde

De acordo com Grossi (1996), mulheres que sofrem violência doméstica apresentam cinco vezes mais chances de terem problemas psicológicos quando comparadas às mulheres que não vivenciam essa situação. Entre os problemas citados, encontrou-se: nervosismo, esquecimento, sentimento de insegurança e transtornos do sono (GALVÃO e ANDRADE, 2004).

Um estudo do Banco Mundial, realizado nas economias de mercado consolidadas, aponta que entre as mulheres de 15 a 44 anos, a violência de gênero é responsável por 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física. Em países onde as doenças da pobreza são comuns e a mortalidade materna é alta, esta cifra é de 5% (GIFFIN, 1994).

As consequências da violência doméstica incluem: lesões permanentes, problemas crônicos como dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação, doenças de efeito tardio como artrite, hipertensão e doenças cardíacas, além de obesidade, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, fumo, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo e até morte (DAY et al., 2003; COKER et al., 2002). Os efeitos relacionados com o trauma são

acentuados pelo fato de o agressor ser um parceiro íntimo, o que aumenta as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança (GIFFIN, 1994). A experiência do abuso destrói a auto-estima feminina, expondo-a a um risco mais elevado de sofrer de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e outras drogas.

O abuso sexual na infância traz várias conseqüências psiquiátricas, com maior risco de transtornos depressivos, de conduta, de personalidade, de preferência sexual e comportamentos sexuais agressivos, abuso de substâncias e comportamento suicida. Os agressores sexuais apresentam um risco seis vezes maior de terem sido vitimizados sexualmente na infância (BALTIERI, 2005).

A mulher vítima de violência carrega as marcas das agressões que são exteriorizadas por sintomas clínicos, e na maioria das vezes o profissional não consegue encontrar um diagnóstico compatível com o problema apresentado pela paciente, pois normalmente a queixa não é denunciada nem aparece na consulta (SILVA, 2003).

Estudiosos explicam essa realidade pelo fato de as mulheres viverem anos em situações de violência, afetando sua auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos

seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher. Isso diminui sua capacidade de reagir, de buscar emprego, de participar plenamente na sociedade. Buscam menos apoio porque acham que não serão ouvidas, nem acreditarão nas suas demandas. A violência de gênero é um problema que tende a piorar com o tempo, tornando-se mais intensa e freqüente, se não houver uma intervenção apropriada (ANGULO-TUESTA, 1997; ADEODATO et al., 2005).

1.6. Aspectos legais

Em 1940, o Código Penal brasileiro caracterizou a agressão física do marido contra a mulher como delito passível de punição, embora não tenha incluído o crime de estupro do marido contra a mulher. No Brasil, em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) no Estado de São Paulo. O Brasil foi o primeiro país no mundo a propor este tipo de intervenção. A Delegacia da Mulher foi idealizada como espaço legal especializado para receber as denúncias e transmitir segurança e apoio jurídico às mulheres agredidas (ADEODATO et al., 2005; SCHRAIBER et al., 2002).

Segundo o artigo 28 do Código Penal Brasileiro, tem capacidade de imputação penal a pessoa que se colocou em condições de embriaguez, de forma culposa ou dolosa, e, em tal situação, cometeu um delito. A lei, assim, adota o princípio da responsabilidade do indivíduo no momento em que ele começa a beber e não no instante em que, no estado de embriaguez, comete o ato criminoso. A responsabilidade criminal é agravada, dentro da lei, se o agente faz uso da bebida com a intenção de facilitar a prática do delito (Artigo 61, II, I do Código Penal Brasileiro citado por BALTIERI, 2003).

A Constituição brasileira é explícita no sentido de prever mecanismos inibidores da violência doméstica, como se depreende da redação do § 8º do art. 226: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

Em 7 de agosto de 2006 foi sancionada a lei nº 11.340, conhecida por “Lei Maria da Penha”, em homenagem a uma militante dos direitos das mulheres, também vítima de violência doméstica. Essa nova lei modifica muitos aspectos antes não contemplados pela legislação brasileira, tais como possibilitar que o agressor seja preso em flagrante, prisão preventiva, fim das penas pecuniárias, e aumento da pena para até 3 anos de reclusão. Além disso, provê apoio social e psicológico às vítimas (BRASIL, 2006).

Segundo Conti (2002), em geral as vítimas desejam que o agressor deixe de ter o comportamento indesejado, e não que seja multado ou privado de sua liberdade. Punições nestes casos mais agravam do que resolvem o problema, pois o agressor voltaria a atacar a vítima posteriormente. Submeter o infrator a tratamento, aconselhamento ou qualquer outra imposição desta natureza seria evidentemente o mais indicado para o caso.

Segundo Schraiber et al. (2003), apenas 25% das mulheres reconhecem o vivido como violência e assim o denomina. Entretanto, cabe destacar que poucas mulheres declararam que isto constituiria uma violação de direitos, o que demonstra ainda uma aceitação desses fatos como problemas que fazem parte da vida, não estando colocada para a maioria a possibilidade de acionar os poderes jurídico-criminal e político-social. A retirada da queixa é um procedimento bastante comum que resulta da interação das vítimas, hesitantes em criminalizar penalmente o parceiro que está perturbando a ordem doméstica, com as policiais, que percebem nas queixas uma situação mais social ou psicológica, desqualificando-as como crime. Nesse sentido, as profissionais da Delegacia e as mulheres que as demandam compartilham de igual interpretação do fato: a violência doméstica não lhes parece uma ocorrência passível de criminalização. Daí o encontro que se verifica no ato de retirada da queixa. A retirada da queixa

não é, entretanto, percebida pelas mulheres como contraditória ao movimento que as levou a registrá-la. Ao contrário, elas tendem a retomar a negociação com o acusado em uma posição superior à qual se encontravam anteriormente. Na ótica dessas mulheres, a suspensão do processo seria, então, não um ato contraditório à denúncia, mas um elemento que pode favorecer o retorno da reciprocidade rompida, que é muitas vezes o seu interesse principal (SCHRAIBER et al., 2002).

Embora não tencionem culpabilizar legalmente o agressor, as mulheres vão à Delegacia da Mulher como único recurso disponível para enfrentar o problema da violência doméstica. A Delegacia é vista como espaço de mediação do conflito privado, num comportamento que implica a superação do medo e da passividade. A primeira estratégia que parece ser utilizada pelas mulheres ao denunciar e posteriormente retirar a queixa é a da ameaça – pode produzir o efeito de contenção da violência, segundo a expectativa destas mulheres. Muitas mulheres também retiram queixas por serem ameaçadas pelo agressor. A retirada de uma queixa registrada num órgão policial deve ser entendida como uma atitude ativa de mulheres que rompem com a passividade em maior ou menor grau (NOBRE, 2004). Com a nova lei “Maria da Penha”, a retirada da queixa é permitida apenas perante o juiz, fato que tanto pode vir a agravar a subnotificação de casos de violência doméstica quanto intimidar ainda mais o agressor.

Vários fatores contribuem para manutenção na relação conflitiva, como repetição de modelo familiar ou parental violento, vivências infantis de maus-tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual, casamento como forma de fugir da situação familiar de origem (sendo o parceiro e o relacionamento idealizados), sintomas depressivos, sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro, ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde, atendimento policial e da justiça (DAY et al., 2003). As pesquisas em geral referem que os homens têm mais recursos disponíveis que as mulheres, como por exemplo, renda mais alta, possibilitando-lhes deixar um relacionamento abusivo mais cedo, antes que abusos mais sérios ocorram (MULRONEY e CHAN, 2005).

Estudiosos e profissionais que atuam na área de atendimento às mulheres em situação de violência estimam que os dados não refletem a real magnitude do problema, pois o número de casos não notificados é grande (ADEODATO et al., 2005). Fatores como medo do agressor e vergonha da família e da sociedade fazem com que muitas mulheres deixem de denunciar seus agressores e, quando o fazem, muitas desistem de levar a denúncia adiante (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999). Deve-se considerar que a violência também acontece nas classes sociais mais elevadas, mas como dispõem de muitos recursos políticos e econômicos,

conseguem ocultar a violência doméstica, daí sua sub-representação nos dados de violência denunciada. A correlação indireta encontrada com a escolaridade mostra que o esclarecimento da mulher leva a menor grau de tolerância à violência (ADEODATO et al., 2005)

Considerando a complexidade da questão, que deve ser analisada do ponto de vista das desigualdades de poder nas relações entre os gêneros, coloca-se ainda como um desafio para as políticas públicas nessa área, o desenvolvimento de ações de prevenção e combate dessa forma de violência (GALVÃO e ANDRADE, 2004). A violência é “um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais” e que “em muitas sociedades, o direito (masculino) a dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade” (HEISE, 1994 apud GIFFIN, 1994).

As propostas para a área de saúde têm sido, basicamente, as de introduzir a busca ativa de casos, com perguntas rotineiras nas anamneses de serviços de diversas naturezas (Pronto-socorro, pré-natal, ginecologia, saúde mental, etc...) para a identificação, registro e referência adequada dos casos para maior aproximação a esta realidade (SCHRAIBER et al., 2002).

2. *Objetivos*

O projeto atual, recorte do projeto Genacis, teve por objetivo geral analisar as variáveis de violência doméstica e abuso sexual, associadas ao consumo de álcool e dados sociodemográficos.

2.1. Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de vítimas e agressores de violência doméstica segundo:

- ✓ variáveis sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal, nível socioeconômico e educacional
- ✓ padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores
- ✓ tipo de agressão sofrida e cometida
- ✓ nível de gravidade e sentimento diante da agressão e
- ✓ presença de álcool no momento da agressão

- Caracterizar a amostra de vítimas de abuso sexual segundo:

- ✓ variáveis sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal, nível socioeconômico e educacional
 - ✓ padrão de consumo de álcool
 - ✓ se é vítima ou agressor atual de violência doméstica e
 - ✓ presença de transtorno mental comum
-

3. Métodos

3.1. Local do estudo

O município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, é a maior cidade do Brasil e do hemisfério sul. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou no censo uma população de 10.927.985 (IBGE, 2000).

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, vive-se o que se denomina transição epidemiológica (CARMO et al., 2003), ou seja, há uma paradoxal distância entre as conquistas pró-vida e a realidade da miséria e recursos mal distribuídos. Comparado aos países desenvolvidos (onde a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônico-degenerativas e acidentes, entre outros, devem-se às melhorias nas condições socioeconômicas), no Brasil essas tendências estão em um contexto de extrema complexidade e desigualdade social. Aqui se vive uma situação paradoxal, onde os indicadores econômicos (11^a economia do mundo em 2005) são incompatíveis com os indicadores sociais. Como um todo, as diversas regiões brasileiras estão melhorando, mas em níveis, taxas e velocidades drasticamente diferentes. Assim, a qualidade da água, disponibilidade de esgoto, acesso ao sistema de saúde, à educação, à cultura e a um emprego e salários dignos ocorrem em níveis regionais completamente diferentes.

3.2. Delineamento

O presente estudo é um inquérito epidemiológico transversal, feito com amostra probabilística estratificada por conglomerados (*cluster sampling*) no município de São Paulo, SP.

3.3. Amostragem

A população de estudo foi constituída por pessoas com 18 anos ou mais de idade, residentes na área urbana do município de São Paulo (MSP). Os municípios foram agrupados em dois estratos.

Frente ao objetivo de estimar a prevalência de uso de álcool, tabaco e drogas em distintos subgrupos populacionais, foram considerados, para fins de cálculo do tamanho de amostra, os seguintes domínios: homens de 18 a 34 anos, de 35 a 59, de 60 anos ou mais anos de idade e mulheres nas mesmas faixas etárias. Os dados referentes à população residente do município de São Paulo, segundo esses subgrupos populacionais e estratos encontram-se na tabela 1.

Tabela 1: População em área urbana do município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

	Idade	Homens		Mulheres		Total	
	(anos)	N	%	N	%	N	%
MSP	18 a 34	1482501	21,5	1579953	22,9	3062454	44,4
	35 a 59	1332416	19,3	1549219	22,5	2881635	41,8
	60 e mais	386052	5,6	566705	8,2	952757	13,8
	Total	3200969	46,4	3695877	53,6	6896846	100,0

Fonte: Censo 2000 – Fundação IBGE.

Para cálculo do tamanho de amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções, uma vez que a maior parte das estimativas do estudo são proporções de indivíduos com determinada característica:

$$n_0 = \frac{P \cdot (1 - P)}{(d/z)^2} \cdot deff \text{ onde } P \text{ é a proporção de indivíduos a ser}$$

estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de P; d é o erro de amostragem admitido e deff é o efeito do delineamento.

Considerou-se que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ($P = 0,50$), uma vez que a pesquisa tem múltiplos objetivos e essa proporção é a que leva à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se como efeito do delineamento, a estimativa de 1,5, correspondente ao acréscimo que espera ter na variância das estimativas em

função da utilização de delineamento complexo de amostragem (sorteio de conglomerados e ponderação). Para um coeficiente de confiança de 95% ($z=1,96$) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro populacional P),

$$n_0 = \frac{0,50 \cdot (1 - 0,50)}{(0,10/1,96)^2} \cdot 1,5 = 144, \text{ que foi arredondado para } 150.$$

Considerando a intenção de garantir que 150 pessoas fossem entrevistadas no menor domínio do Município de São Paulo, o de homens de 60 anos e mais, calculou-se o número de domicílios que deveriam ser visitados para se obter esse número de entrevistas, tomando por base a razão entre população residente e domicílios (tabela 2): 1099 domicílios ($150/0,1365=1099$).

Nos domicílios sorteados, foram localizadas e incluídas na amostra todas as pessoas maiores de 60 anos. Para a localização das pessoas das outras faixas etárias, foi sorteada a metade dos domicílios, uma vez que a utilização de amostragem equiprobabilística levaria à obtenção de uma amostra excessivamente grande, por serem faixas etárias muito mais freqüentes que a de 60 e mais.

Levando-se em consideração a proporção estimada de sujeitos nos diferentes domínios em cada domicílio e uma taxa de não-resposta estimada em 20%, chegou-se ao número de domicílios a serem visitados.

Tabela 2: Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade, sexo e local.

Local	Idade	Homens	Mulheres	Total
MSP	18 a 34	289	308	597
	35 a 59	259	302	561
	60 e mais	150	220	370
	Total	698	830	1528

Considerando a taxa de não resposta de 20%, foi sorteado um número maior de domicílios: 1400 no MSP ($1099/0.80=1374$).

O processo de amostragem utilizado foi o da amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio.

Foram sorteadas 35 unidades primárias de amostragem (setores censitários), no MSP. O sorteio foi com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios em área urbana. As frações de amostragem de primeiro estágio foi:

$$f_i = \frac{35 \cdot M_i}{M} \text{ no Município de São Paulo, sendo } M \text{ o número total}$$

de domicílios em área urbana ($M=2827849$ no MSP) e M_i o número de domicílios do setor censitário i .

Todos os domicílios existentes nos setores censitários sorteados foram arrolados, em campo, elaborando-se a listagem de endereços. A partir dessa listagem, foram sorteados 40 domicílios, com a fração de amostragem

de segundo estágio: $f_2 = \frac{40}{M_i}$.

A fração de amostragem global é expressa por: $f = f_1 \cdot f_2$

$$f = \frac{35 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1400}{2827849} \cong \frac{1}{2020}, \text{ no MSP}$$

Essas frações de amostragem são relativas à população de 60 anos ou mais. Para os menores de 60 anos, em função do sorteio de metade dos domicílios, as frações foram:

$$f = \frac{1}{1010}, \text{ no MSP.}$$

Para compensar essas diferentes probabilidades de seleção, foram introduzidos pesos na análise dos dados. As estimativas das proporções de interesse foram obtidas pelo estimador razão ponderado, da forma:

$$r = \frac{y}{x} = \frac{\sum_i \sum_j^{m_i} w_{ij} y_{ij}}{\sum_i \sum_j^{m_i} w_{ij}}, \text{ onde } y_{ij} \text{ é o valor da característica de determinado}$$

elemento do domicílio j , do setor i ; w_{ij} é o peso de cada elemento ij da amostra e m_i é o número de domicílios no setor i .

* 1473 entrevistas disponíveis até o presente, representando 3.915.770 habitantes.
A coleta de dados resultou em uma amostra de 1473 sujeitos, como pode ser visto na Tabela 3.

A precisão das estimativas foi indicada pelo intervalo de confiança (nível de confiança de 95%), $IC_{(95\%)} : \left[r - t\sqrt{\text{var}(r)}; r + t\sqrt{\text{var}(r)} \right]$, sendo t o valor da distribuição t-Student correspondente aos graus de liberdade da amostra e $\text{var}(r)$, a variância de r obtida sob delineamento complexo.

Tabela 3: Proporção de sujeitos de acordo com o gênero

	N	%
Homens	595	40,4
Mulheres	878	59,6
Total	1473	100

3.4. Lista de Setores Censitários/Controle de Campo

O município de São Paulo foi dividido em 35 setores censitários, perfazendo um total de 1697 domicílios sorteados. A lista de Setores Censitários está em anexo.

4. Procedimento

O questionário GENACIS foi desenvolvido por um grupo internacional de investigadores interessados em comparar os padrões de consumo entre os gêneros em diferentes contextos e culturas. A versão utilizada neste estudo consiste em um questionário com 119 questões, divididas em 15 seções: questões sociodemográficas, experiência de trabalho, redes sociais, variáveis de consumo (incluindo várias consequências do uso de álcool), relações íntimas e sexualidade, violência e vitimização, saúde e estilo de vida, incluindo uso de drogas ilícitas e prescritas. O questionário foi traduzido e adaptado para o Brasil, tendo sido utilizado pesquisa anterior (KERR-CORRÊA et al., 2005).

O treinamento da aplicação do questionário GENACIS, direcionado a uma equipe de entrevistadores com experiência anterior em pesquisas comunitárias, foi realizado pela Profa. Titular Florence Kerr-Corrêa e Profas. Dras. Maria Cristina Pereira Lima e Adriana Marcassa Tucci. Este treinamento envolveu questões específicas sobre álcool e seu consumo e comportamentos associados. O questionário foi revisto item a item, garantindo a compreensão do contexto e objetivos do estudo. Também houve *role-playings* simulando situações que os entrevistadores encontraram dificuldades em manejar. A maioria dos entrevistadores eram mulheres, porque tradicionalmente no Brasil, as mulheres obtêm acesso mais facilmente às residências, especialmente quando são tratadas questões mais íntimas.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário em entrevistas pessoais pela equipe de entrevistadores treinados, nas residências selecionadas pelo sorteio amostral. Foram enviadas cartas às casas selecionadas informando os objetivos do estudo, metodologia, sua realização em vários países e enfatizada a importância da participação das pessoas, ainda que não obrigatória. O acesso a mais informações foi oferecido por um site na Internet (www.viverbem.fmb.unesp.br). Os entrevistadores usaram jalecos e crachás de identificação e a privacidade foi garantida. Para prevenir que crianças atrapalhassem a entrevista, os entrevistadores levaram gizes de cera e objetos que pudessem mantê-las entretidas. Os entrevistadores sempre levavam um questionário-coringa para caso o companheiro agressor aparecesse durante a entrevista. Materiais informativos e endereços de locais de ajuda a vítimas de violência doméstica foram entregues aos entrevistados quando necessário. A maioria das recusas foi de homens e famílias moradores de estratos socioeconômicos mais altos, frequentemente morando em prédios. Tentaram-se vários diferentes contatos quando a recusa ocorreu. O primeiro foi elaborar uma carta mais detalhada, contendo números de telefones para contato em São Paulo, inclusive três números de telefones celulares dos coordenadores dos entrevistadores. Os entrevistadores foram supervisionados mensalmente pelos coordenadores da equipe.

5. Variáveis

5.1. Consumo de álcool

Todo tipo de álcool consumido (por exemplo, cerveja, vinho, destilado, etc.) foi padronizado em um drinque contendo de 12 a 15 gramas de etanol, que é o tamanho médio do drinque no Brasil.

Os respondentes foram considerados **abstinentes** quando referiram não ter bebido no último ano. **Consumo leve infrequente (LI)** foi definido como 1 a 2 drinks por ocasião, menos de uma vez por semana. **Consumo leve frequente (LF)** foi definido como 1 a 2 drinks em uma ocasião semanalmente ou mais. **Consumo moderado infrequente (MI)** foi definido como 3 a 4 drinks por ocasião, menos que semanalmente. **Consumo moderado frequente (MF)** foi definido como 3 a 4 drinks por ocasião semanalmente ou mais. **Consumo pesado infrequente (PI)** foi definido como cinco ou mais drinks por ocasião menos de uma vez por semana, com ou sem problemas associados ao consumo. **Consumo pesado frequente (PF)** foi definido como ao cinco ou mais drinks em uma ocasião, semanalmente ou mais, sem problemas associados ao uso. **Consumo pesado frequente com problemas (PFP)** foi definido por: 1) ao menos cinco drinks por ocasião semanalmente ou mais no último ano, com problemas associados com o consumo e ao menos um dos que seguem: 2) consequência negativa nos últimos doze meses (por exemplo,

consequências legais, clínicas, psiquiátricas, familiares, no trabalho); 3) algum critério de dependência. Todas as categorias de consumo são mutuamente exclusivas.

5.2. Variáveis de violência

As variáveis de violência entre casais incluíram:

- agressão doméstica e dados sociodemográficos,
 - padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores
 - tipos de agressões sofridas e cometidas
 - gravidade da agressão
 - sentimento diante da agressão
 - envolvimento do álcool na agressão
 - abuso sexual e dados sociodemográficos
 - padrão de consumo de álcool de vítimas de abuso sexual
 - fica agressivo ou se envolve em briga quando bebe álcool
 - escore do SRQ para avaliar transtorno mental comum.
-

5.3. Avaliação de transtorno mental comum (TCC)

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) foi utilizado para avaliar sofrimento mental. Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). O SRQ foi elaborado como instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (TMC) na atenção primária e possui 20 questões com respostas binárias. As respostas possibilitam o estabelecimento de um escore, acima do qual o sujeito é considerado como um provável caso. Consideraram-se como ponto de corte seis ou mais respostas positivas para os homens, e oito ou mais para as mulheres. Dada a alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%) do SRQ, pesquisadores consideram os sujeitos com pontuação acima do ponto de corte como portadores de TMC, condição que, embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante e que merece atenção de profissionais de saúde mental.

6. *Análises Estatísticas*

As associações entre violência e cada uma das variáveis sociodemográficas e de padrão de uso de álcool foram investigadas pelo teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Todas as análises foram feitas separadamente por gênero e por envolvimento em violência entre parceiros (vítima ou agressor). Foi utilizado o programa Stata 8.0. A significância estatística foi avaliada usando valores p ($p \leq 0,05$) com respectivo intervalo de confiança de 95% (SIEGEL, 1975).

As análises descritivas foram realizadas com pesos (correção para a super-representação de indivíduos com 60 anos ou mais de idade).

7. Resultados

Houve uma taxa de não-resposta de 40%, que varia nos diversos setores censitários. No total da amostra (tabela 4), houve predominância de mulheres (58,6%), indivíduos casados (41,1%), e abaixo de 40 anos de idade (53,2%). Em relação à escolaridade, 3,7% eram analfabetos, e houve concentração nas faixas de escolaridade mais baixa.

Tabela 4: Características sociodemográficas da amostra dos residentes do município de São Paulo

	N	%	% com pesos
Sexo			
Homens	595	40,4	41,3
Mulheres	878	59,6	58,6
Idade			
18 – 29	426	28,9	29,5
30 – 39	331	22,5	23,7
40 – 49	252	17,1	18,4
50 – 59	195	13,2	14,5
60 – mais	269	18,3	13,9
Estado civil			
Solteiro	415	28,2	28,8
Casado	602	40,9	41,1
Amasiado	233	15,8	16,7
Separado/Divorciado	106	7,2	7,0
Viúvo	117	7,9	6,3
Educação			
Analfabeto	55	3,7	3,7
Sabe ler, mas não frequentou a escola	32	2,2	1,9
Até 4 anos	347	23,6	22,3
Até 8 anos	347	23,6	24,0
Médio incompleto	103	7,0	7,2
Médio completo	400	27,2	26,3
Superior incompleto	72	4,9	5,0
Superior completo	114	7,8	9,7
Renda per capita (em Reais)			
0 a 150	478	32,4	34,1
151 a 300	321	21,8	20,3
301 a 600	337	22,9	21,4
601 ou mais	337	22,9	24,2

A classificação de indivíduos de acordo com o padrão de consumo de álcool (tabela 5), como quantidade e frequência, mostrou uma associação clara com gênero ($p \leq 0,001$), com uma concentração de homens nos padrões mais altos de consumo, incluindo moderado (infrequente e frequente) e pesado (infrequente e frequente, com ou sem problemas). Na categoria consumo pesado com problemas, é alta a probabilidade de dependência, uma vez que referidos sinais de tolerância e/ou problemas clínicos, sociais, legais ou no trabalho, ligados ao uso de álcool.

Tabela 5: Padrão de consumo de álcool por gênero nos últimos 12 meses

Padrão de consumo	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abstinente	233	28,0 36,6	598	72,0 66,3	831	54,1
Consumo leve infrequente	69	31,3 1,2	162	68,7 19,2	231	16,4
Consumo leve frequente	55	56,4 9,2	37	43,6 5,0	92	6,7
Consumo moderado infrequente	38	55,3 6,9	36	44,7 4,0	74	5,2
Consumo moderado frequente	71	80,8 12,1	16	19,2 2,0	87	6,2
Consumo pesado infrequente	20	76,0 4,0	8	24,1 0,9	28	2,1
Consumo pesado infrequente + problemas	7	61,1 1,4	5	38,9 0,6	12	0,9
Consumo pesado frequente	43	89,0 6,9	6	11,0 0,6	49	3,2
Consumo pesado frequente + problemas ou critério de dependência	59	84,0 10,5	10	16,0 1,4	69	5,2
Total	595	41,3 100,0	878	58,7 100,0	1473	100,0

Pearson chi = 259,5; $p < 0,001$

Do total da amostra, 8,3% dos indivíduos relataram algum tipo de violência doméstica física, sendo que 4,7% foram vítimas ou perpetradores, e 3,5% relataram ter sido ambos, vítimas e perpetradores (porcentagens com pesos).

Ter sido agredido pelo companheiro esteve associada com a idade (69,5% abaixo dos 40 anos de idade; $p=0,001$), estado civil (com mais indivíduos casados; $p=0,006$) e renda (as vítimas foram mais numerosas entre os respondentes de mais baixos estratos socioeconômicos; $p=0,03$).

Ter cometido um ato violento também esteve associado com estar casado ou amasiado ($p<0,001$), e também ter menos de 40 anos de idade, nos quais 77,6% dos agressores estiveram concentrados ($p<0,001$). A escolaridade foi outra variável sociodemográfica associada com agredir o companheiro, com predominância nas faixas entre oito e 12 anos de educação ($p=0,02$), bem como baixa renda ($p=0,03$).

Tabela 6: Características sociodemográficas de vítimas e agressores de violência doméstica física

	Vítimas			Agressores		
	N	%	p	N	%	p
Sexo	0,27			0,94		
Homens	25	34,1		30	38,7	
Mulheres	48	65,9		45	61,3	
Idade	0,001			<0,001		
18 – 29	30	38,8		30	39,8	
30 – 39	24	30,7		29	3,8	
40 – 49	11	19,9		12	17,1	
50 – 59	6	8,8		2	3,5	
60 – mais	2	1,8		2	1,7	
Estado civil	0,006			<0,001		
Solteiro	22	27,2		20	26,5	
Casado	24	37,7		26	34,7	
Amasiado	20	27,2		24	32,7	
Separado/Divorciado	7	7,9		5	6,1	
Viúvo	-	-		-	-	
Educação	0,39			0,02		
Analfabeto	3	7,9		3	6,1	
Sabe ler, mas não freqüentou a escola	-	-		1	0,9	
Até 4 anos	10	15,9		9	13,1	
Até 8 anos	21	25,6		24	32,2	
Médio incompleto	7	9,7		5	7,8	
Médio completo	20	22,9		17	19,0	
Superior incompleto	5	6,9		9	11,0	
Superior completo	7	11,1		7	9,9	
Renda per capita (em Reais)	0,03			0,03		
0 a 150	34	49,4		23	32,2	
151 a 300	16	19,4		26	35,7	
301 a 600	9	11,5		10	12,2	
601 ou mais	14	19,7		16	19,9	

A tabela 7 aponta que os tipos de agressão mais referidos pelas vítimas de ambos os gêneros foram empurrar, chacoalhar, agarrar, tapas, e bater ou chutar. Outras formas menos frequentemente referidas foram: atirar ou bater com um objeto ou uso de armas.

Tabela 7: Tipos de agressões sofridas e perpetradas por homens e mulheres

Tipos de agressões	Homens vítimas ¹		Mulheres vítimas ¹		Homens agressores ²		Mulheres agressoras ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empurrar/ chacoalhar/ agarrar	10	40,0	24	50,0	18	62,1	21	46,7
Tapas	9	36,0	7	14,6	5	17,2	4	8,9
Bater/ chutar	1	4,0	13	27,1	5	17,2	13	28,9
Atirar objeto/ bater com objeto	2	8,0	1	2,1	1	3,5	5	11,1
Uso de armas	2	8,0	3	6,2	-	-	1	2,2
Outros	1	4,0	-	-	-	-	1	2,2

¹ Fisher p=0,02

² Fisher p=0,39

Comparações também foram feitas com os níveis de gravidade, tais como chateação, raiva e medo (tabela 8). Gravidade, ter ficado chateado e com medo não foram significativamente diferentes em nenhuma das análises feitas para agressores de ambos os gêneros. Diferenças foram vistas para mulheres vítimas que ficaram mais chateadas (p=0,01) e com raiva (p<0,001) comparadas com os homens.

Tabela 8: Nível de gravidade e sentimento diante da agressão física por homens e mulheres

	Vítimas			Agressores		
	Homens	Mulheres	p	Homens	Mulheres	p
Gravidade	4,5	5,6	0,08	4,1	4,5	0,51
Chateação	7,2	8,7	0,01	7,9	7,2	0,34
Raiva	5,6	8,6	<0,001	7,1	7,6	0,50
Medo	4,8	5,4	0,54	4,6	4,1	0,49

Os ataques foram classificados em “ninguém tinha bebido”, “apenas a mulher tinha bebido”, “apenas o homem tinha bebido” e “ambos tinham bebido”. A percentagem de ataques em cada uma dessas categorias pode ser vista na Tabela 9. Houve predominância de situações onde ninguém havia consumido álcool em todas as categorias e gêneros, seguido por situações onde apenas o homem tinha bebido quando a mulher era a vítima e finalmente aquelas onde apenas o homem tinha bebido quando ele era o agressor.

Tabela 9: Quem tinha bebido no momento da agressão, por homens e mulheres, vítimas e agressores

Quem bebeu	Homens vítimas1		Mulheres vítimas1		Homens agressores2		Mulheres agressoras2	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguém	18	72,0	23	48,9	18	60,0	24	53,3
Apenas a mulher	2	8,0	1	2,1	-	-	-	-
Apenas o homem	3	12,0	20	42,6	9	30,0	18	40,0
Ambos	2	8,0	3	6,4	3	10,0	3	6,7
Total	25	100,0	47	100,0	30	100,0	45	100,0

Fisher $p^1=0,005$
 $p^2<0,001$

Houve associação entre ser vítima ou agressor com o consumo pesado de álcool, quando agrupadas as categorias de consumo e separadas em leve a moderado e pesado, como pode ser visto na tabela 10.

Tabela 10: Padrão de consumo de vítimas e agressores

	Vítima				Agressor			
	Não	Sim	Total	p	Não	Sim	Total	p
Leve a moderado	0,003				0,014			
N	460	24	484		454	30	484	
%	95,0	4,9	100,0		93,8	6,2	100,0	
Consumo pesado								
N	139	19	158		138	20	158	
%	87,9	12,0	100,0		87,3	12,6	100,0	
Total								
N	599	43	642		592	50	642	
%	93,3	6,7	100,0		92,2	7,8	100,0	

O padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores, de ambos os gêneros, é detalhado na Tabela 11, onde o consumo pesado, freqüente, com problemas e algum critério de dependência (**PFP**) aparece com altas taxas tanto em vítimas quanto em agressores. A maioria das vítimas apresenta um consumo pesado, freqüente, com problemas e algum critério de dependência (**PFP**; 25.58%), seguido pelo padrão moderado infreqüente (**MI**; 18.60%), valores acima do esperado. O padrão de consumo mais comum entre os agressores foi leve infreqüente (**LI**; 22%), seguido de pesado, freqüente, com problemas e algum critério de dependência (**PFP**; 20%).

Tabela 11: Padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores de violência doméstica

Padrão de consumo	Vítima ¹			Agressor ²		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Leve infrequente	224	7	231	220	11	231
	37,4	16,3	36,0	37,2	22,0	36,0
Leve frequente	87	5	92	86	6	92
	14,5	11,6	14,3	14,5	12,0	14,3
Moderado infrequente	66	8	74	68	6	74
	11,0	18,6	11,5	11,5	12,0	11,5
Moderado frequente	83	4	87	80	7	87
	13,9	9,3	13,5	13,5	14,0	13,5
Pesado infrequente	26	2	28	25	3	28
	4,3	4,6	4,4	4,2	6,0	4,4
Pesado infrequente + problemas	8	4	12	9	3	12
	1,3	9,3	1,9	1,52	6,0	1,9
Pesado frequente	47	2	49	45	4	49
	7,8	4,6	7,6	7,6	8,0	7,6
Pesado frequente + problemas + critério de dependência	58	11	69	59	10	69
	9,7	25,6	10,7	10,0	20,0	10,7
Total	599	43	642	592	50	642
	100,0	100,00	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ p=0,000² p=0,078

Da amostra total, 7,9% referiram ter sofrido abuso sexual em algum momento da vida; houve grande predominância de mulheres vítimas, como pode ser visto na tabela 12. Também se observou relação entre ter sofrido abuso sexual com escolaridade e renda mais alta, o que poderia estar atribuído ao fato de as pessoas mais esclarecidas terem mais consciência ou percepção da situação de abuso, como citado anteriormente.

Tabela 12: Características sociodemográficas de vítimas de abuso sexual

Variáveis	Abuso sexual						p
	Não		Sim		Total		
Sexo	N	%	N	%	N	%	0,078
Homem	557	42,1	32	31,6	589	41,3	
Mulher	803	57,9	68	68,4	871	58,7	
Total	1360	100,0	100	100,0	1460	100,0	
Idade							0,483
18 a 29	395	29,8	29	26,9	424	29,7	
30 a 39	302	23,2	26	27,5	328	23,5	
40 a 49	228	17,8	21	25,2	249	18,4	
50 a 60	181	14,8	10	11,2	191	14,5	
61 ou mais	254	14,4	14	9,2	268	13,9	
Total	1360	100,0	100	100,0	1460	100,0	
Estado civil							0,143
Casado	568	41,9	29	31,6	597	41,1	
Amasiado	213	16,5	19	18,8	232	16,7	
Viúvo	108	6,4	8	5,3	116	6,4	
Divorciado	97	6,9	8	9,2	105	7,1	
Solteiro	374	28,2	36	35,0	410	28,8	
Total	1360	100,0	100	100,0	1460	100,0	
Escolaridade							0,032
Até 2º grau incompleto	826	59,6	50	50,8	876	58,9	
2º grau completo ou mais	531	40,4	50	49,3	581	41,1	
Total	1357	100,0	100	100,0	1457	100,0	
Renda per capita (em Reais)							<0,001
0 a 150	441	34,4	31	30,3	472	34,0	
151 a 300	293	20,1	26	23,6	319	20,4	
301 a 600	330	23,0	5	5,2	335	21,6	
601 ou mais	296	22,6	38	41,0	334	24,0	
Total	1360	100,0	100	100,0	1460	100,0	

Foi encontrada associação entre ter sofrido abuso sexual e ser agressor físico atualmente, para ambos os gêneros. Quando separada por gênero, esta associação também é encontrada para os homens que são vítimas de violência doméstica atualmente. Homens também foram mais propensos a apresentar transtornos mentais comuns quando havia histórico de abuso sexual.

Tabela 13: Abuso sexual e padrão de consumo de álcool, se atualmente o respondente é perpetrador ou vítima de violência doméstica e se atualmente tem algum transtorno mental comum

	Abuso sexual						p
	Não		Sim		Total		
Padrão de consumo de álcool	N	%	N	%	N	%	0,652
Abstinente	766	93,2	56	6,8	822	100,0	
Leve infrequente	210	92,1	18	7,9	228	100,0	
Leve frequente	89	96,7	3	3,3	92	100,0	
Moderado infrequente	69	94,5	4	5,5	73	100,0	
Moderado frequente	80	91,9	7	8,0	87	100,0	
Pesado infrequente	25	89,3	3	10,7	28	100,0	
Pesado infrequente + problemas	12	100,0	0	0,0	12	100,0	
Pesado frequente	47	95,9	2	4,1	49	100,0	
Pesado frequente + problemas + critério de dependência	62	89,9	7	10,1	69	100,0	
Total	1360	93,1	100	6,8	1460	100,0	

Tabela 13: continuação

Agressor VD atual¹							0,001
Não	1297	92,8	88	7,2	1385	100,0	
Sim	63	80,8	12	19,2	75	100,0	
Total	1360	92,1	100	7,9	1460	100,0	
Vítima VD atual²							0,342
Não	1294	92,4	93	7,5	1387	100,0	
Sim	66	86,4	7	13,6	73	100,0	
Total	1360	92,1	100	7,9	1460	100,0	
Transtorno mental comum³							0,067
Não	1060	93,0	70	7,0	1130	100,0	
Sim	300	89,0	30	11,0	330	100,0	
Total	1360	92,1	100	7,9	1460	100,0	

¹ quando separado por gênero, homens p=0,005 e mulheres p=0,047

² quando separado por gênero, homens p=0,017 e mulheres p=0,679

³ quando separado por gênero, homens p=0,021 e mulheres p=0,615

// OBS: abuso sexual depois dos 16 anos X TMC, separado por gênero, homens p=0,012 e mulheres p=0,393

Houve associação entre sofrer abuso sexual antes e depois dos 16 anos de idade, principalmente entre as mulheres, quando separado por gênero, como visto na tabela 14.

Tabela 14: Abuso sexual antes e depois dos 16 anos de idade

	Abuso sexual antes dos 16 anos					
	Não		Sim		Total	p
Abuso sexual depois dos 16 anos *						0,000
Não	1360	98,8	73	88,0	1433	98,1
Sim	17	1,1	10	12,0	27	1,8
Total	1377	100,0	83	100,0	1460	100,0

* quando separado por sexo, homens p=0,155 e mulheres p=0,000

Quando separado por abuso sexual antes e depois dos 16 anos, houve grande predominância de mulheres abusadas depois dos 16 anos de idade, mais que o triplo comparado aos homens.

Tabela 15: Abuso sexual depois dos 16 anos de idade por sexo

	Abuso sexual <u>após 16 anos</u>						p
	Não		Sim		Total		
Sexo	N	%	N	%	N	%	0,040
Homens	583	40,6	6	21,4	589	40,3	
Mulheres	852	59,4	22	78,6	874	59,7	
Total	1435	100,0	28	100,0	1463	100,0	

Tabela 16: Abuso sexual após 16 anos perpetrada pelo cônjuge

Abuso sexual após 16 anos		
Foi o cônjuge	N	%
Não	13	48,1
Sim	14	51,8
Total	27	100,0

Consumir álcool e ficar agressivo foi significativo para ambos os gêneros, com predominância de homens; também foi significativo para a frequência de consumo.

Tabela 17: Se fica agressivo quando bebe álcool por sexo e frequência de consumo

	Fica agressivo quando bebe						p
	Nunca		Às vezes/sempre		Total		
Sexo	N	%	N	%	N	%	0,006
Homens	313	54,2	48	72,7	361	56,1	
Mulheres	264	45,8	18	27,3	282	43,9	
Total	577	100,0	66	100,0	643	100,0	
Frequência consumo							0,006
< 1 x mês	180	31,4	8	12,1	188	29,4	
1-3 x mês	141	24,6	13	19,7	154	24,1	
1-2 x semana	169	29,5	29	43,9	198	31,0	
3-4 x semana	35	6,1	8	12,1	43	6,7	
5-6 x semana	7	1,2	1	1,5	8	1,3	
Todo dia	41	7,2	7	10,6	48	7,5	
Total	573	100,0	66	100,0	639	100,0	

Os homens também foram maioria no envolvimento em brigas enquanto consumiam bebida alcoólica.

Tabela 18: Envolveu-se em briga enquanto bebia álcool por sexo

Envolveu-se em briga enquanto bebia álcool							
Sexo	Não		Sim		Total		p
	N	%	N	%	N	%	0,016
Homens	340	94,2	21	5,8	361	100,0	
Mulheres	278	98,2	5	1,8	283	100,0	
Total	618	96,0	26	4,0	644	100,0	

As vítimas de abuso sexual depois dos 16 anos de idade, de ambos os gêneros, foram mais propensas a ter um parceiro atual com consumo pesado de álcool (*binge drinking* ou mais de 5 drinques por ocasião). Os homens com história de abuso sexual apresentaram maior tendência a conviver com parceira com esse padrão de consumo de álcool.

Tabela 19: Abuso sexual e parceiro atual com padrão de consumo pesado de álcool

Abuso sexual depois 16 anos							
Tem parceiro com padrão de consumo pesado	Não		Sim		Total		p (Fisher)
Homens	N	%	N	%	N	%	<0,01
Não	473	99,5	3	0,5	476	100,0	
Sim	13	85,9	2	14,1	15	100,0	
Total	486	99,0	5	1,0	491	100,0	
Mulheres							0,047
Não	482	98,3	7	1,7	489	100,0	
Sim	83	96,6	4	3,4	87	100,0	
Total	565	98,1	11	1,9	576	100,0	

Abuso sexual antes ou depois dos 16 anos							
Tem parceiro com padrão de consumo pesado	Não		Sim		Total		p
Homens	N	%	N	%	N	%	0,023
Não	449	93,6	27	6,4	476	100,0	
Sim	12	80,8	3	19,2	15	100,0	
Total	461	93,9	30	6,1	491	100,0	
Mulheres							0,208
Não	455	92,4	32	7,6	487	100,0	
Sim	78	87,6	9	12,4	87	100,0	
Total	533	92,9	41	7,1	574	100,0	

8. Discussão

8.1. Limitações e dificuldades do estudo

A primeira dificuldade encontrada foi com relação à taxa de recusas, que foi de 40%. Ocorreu principalmente entre homens, uma vez que há mais mulheres chefes de família, sendo mais difícil encontrar os homens em casa, e em prédios nos setores de classe média a alta, o que pode ser atribuído ao medo da violência e assaltos. Entretanto, essa taxa é semelhante à de outros estudos internacionais e esperada em grandes centros urbanos, especialmente com alta incidência de violência e o medo decorrente dessa situação (CRYER, 2001). O trabalho de Laranjeira et al. (2006) apresentado em Congresso da ABEAD, em Santos, mostra taxas semelhantes ou maiores em grandes cidades.

Embora 21,7% dos homens fossem consumidores pesados de álcool, apenas 29 (3,3%) mulheres o eram, o que pode representar uma limitação para as análises de eventos mais raros como violência e abuso sexual, por prejudicar a observação da ação do álcool nas agressões cometidas por elas. Por outro lado, chama muito a atenção a quantidade de abstinentes (28% homens vs 72% mulheres), dado frequentemente encontrado em estratos socioeconômicos mais baixos, pois a escolaridade, que traduz renda, é a variável que mais prevê que o indivíduo seja bebedor (não alcoolista) e não abstinente de álcool. Isto se dá devido ao

favorecimento de situações sociais onde se bebe e à possibilidade de que o gasto com bebidas não venha a fazer falta na subsistência da família.

Outra limitação é de que falta ainda a coleta dos dados referentes à cerca de 20% dos domicílios do município de São Paulo, justamente concentrados em prédios onde residem indivíduos provenientes de estratos socioeconômicos mais altos. Os dados foram analisados devido à urgência da conclusão do trabalho.

Outra limitação foi o alto custo do projeto, maior que o inicialmente previsto. Essas limitações dificultam a generalização dos dados.

Por outro lado, o estudo foi conduzido durante um ano, estratificado por bairros, a amostra é representativa dos níveis socioeconômico-educacionais de cerca de 3,5 milhões de pessoas acima de 18 anos de idade. Assim, os resultados podem ser generalizados para outros grandes centros urbanos, mas não para pequenas cidades, ambientes rurais ou lugares como a cidade de Botucatu, que mostrou que, quando os fatores sócio culturais e papéis sociais mudam, as diferenças de padrão de consumo entre os gêneros tendem a diminuir (KERR-CORRÊA et al, 2005).

8.2. Violência doméstica, abuso sexual e padrão de uso de álcool

O estudo é uma análise dos dados de violência e vitimização do município de São Paulo, constituindo um recorte do projeto GENACIS, um projeto multinacional que tem por objetivo comparar padrões de uso e abuso de álcool entre os gêneros em diferentes contextos em vários países (BLOOMFIELD et al., 2003; KERR-CORRÊA et al., 2005; WILSNACK e WILSNACK, 2002). A amostra de 1473 sujeitos é urbana, estratificada e representativa, e os principais resultados mostram que a violência entre casais não foi um evento freqüente. Em baixos níveis de consumo de álcool, mulheres e homens referem níveis similares de violência. A maior parte da violência ocorreu entre casais jovens (abaixo de 39 anos de idade), os perpetradores foram principalmente os homens e as vítimas foram principalmente mulheres.

Atualmente o consumo de álcool tem aumentado nos países em desenvolvimento (ROOM et al., 2002). No Brasil, quarto produtor mundial de destilados, tem aumentado rapidamente com conseqüências previsíveis, fato que pode estar associado a vários fatores, como propaganda, preços baixos e muita disponibilidade. A OMS compara a evolução do consumo *per capita* de álcool entre as décadas de 1970 e 1990, em 137 países, e aponta para um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas no

Brasil (GALDURÓZ e CAETANO, 2004). O consumo tem triplicado desde os anos 60, de 21 para quase 61 de álcool *per capita* na população de 15 anos de idade ou mais (CAETANO e LARANJEIRA, 2006). Nota-se um crescente aumento do consumo de cerveja no país, da ordem de 3 a 5% ao ano (GALDURÓZ e CAETANO, 2004). Uma reportagem recente do jornal *Estado de São Paulo* (FRANCO, 2005) mostrou ainda que a indústria de cerveja estima taxas crescentes de consumo entre 6 e 7 % ao ano. Convém ressaltar a produção ilegal de bebidas em nosso país. A disponibilidade de bebidas alcoólicas é grande, uma vez que são vendidas inclusive por um grande número de estabelecimentos ilegais e por preços muito acessíveis (um dos mais baixos do mundo ocidental, US\$ 0,50/R\$ 1,30 por litro de pinga) (GALDURÓZ e CAETANO, 2004). Dados da indústria brasileira indicam que há um milhão de pontos de vendas no país, aproximadamente um ponto de venda para cada 170 habitantes (SELIGMAN, 2005 apud CAETANO e LARANJEIRA, 2006).

Segundo Laranjeira e Romano (2004), algumas políticas públicas poderiam ser implementadas, visando essencialmente à diminuição do consumo global como: 1. aumento dos preços e taxas, que afeta diretamente o consumo pesado e os adolescentes, e diminui a incidência de homicídios e outras conseqüências (BABOR et al, 2003); 2. diminuição da oferta do álcool, pois o consumo global diminui quando se limita o número de locais

de venda e há cumprimento da lei de idade para a venda e punições para quem dirigir alcoolizado; 3. proibição da propaganda de bebidas alcoólicas, o que tem sido consistentemente exibida em pesquisas como um fator importante da diminuição do consumo e 4. campanhas na mídia e nas escolas visando informar os efeitos do álcool .

Um exemplo dos resultados dessas medidas é o município de Paulínia, no interior do Estado de São Paulo, onde o aumento do preço da cerveja durante o carnaval resultou em índices menores de violência e ocorrências médicas, e o fechamento de bares às 11 horas da noite também diminuiu os índices de violência nessa cidade (LARANJEIRA e ROMANO, 2004).

Laranjeira e Hinkly (2002), em estudo realizado em uma região periférica pobre da área metropolitana de São Paulo, associam a privação social à enorme densidade de pontos de vendas de álcool e à grande violência urbana. Parker e Rebhun (1995, apud PARKER e AUERHAHN, 1998) descreveram os resultados de uma pesquisa longitudinal, mostrando que o aumento da disponibilidade do álcool ajudou a explicar as taxas de homicídios quase triplicadas. Esse estudo também encontrou algumas evidências entre efeitos da pobreza, atividades de rotina e falta de ligações sociais na relação entre homicídio e disponibilidade de álcool na cidade. Scribner et al. (1995, apud LARANJEIRA e HINKLY, 2002) encontraram

em uma análise de 74 cidades da Grande Los Angeles, que fatores sociodemográficos isoladamente eram responsáveis por 70% da variância nas taxas de violência, embora 7% dessa variabilidade pudesse ser explicada pela densidade de pontos de venda.

No presente estudo, a agressão entre casais foi referida por 5,5% de mulheres vítimas, 4,2% de homens vítimas, 5,1% de mulheres agressoras e 5% de homens agressores. A agressão foi mais freqüente entre os jovens (51,4% abaixo de 40 anos de idade). Como Bookwala et al. (2005) propuseram previamente para resultados similares, aparentemente com a maturidade aumenta a capacidade de tolerar dificuldades no relacionamento. Portanto, os respondentes mais jovens foram mais propensos a usar estratégias mal adaptadas para resolver discussões, envolvendo-se em brigas físicas com seus companheiros. Embora ambos os gêneros usem a violência para conseguir controle, mulheres mais freqüentemente tentam manter um comando sobre situações imediatas em curto prazo, enquanto homens tendem a estabelecer a autoridade espalhada em um período muito maior (DASGUPTA, 2001). A violência física de mulheres contra seus parceiros homens é baseada em defesa pessoal ou retaliação (DeKESEREDY et al., 1997). Uma pesquisa com 108 mulheres que usaram de violência física contra o parceiro encontrou que quase todas tinham sofrido abuso físico de seus parceiros (SWAN e SNOW, 2002).

Neste estudo, a percentagem de homens que referiram ter agredido suas companheiras foi mais baixa que a de mulheres que referiram ter sido atacadas, entretanto essa diferença não foi estatisticamente significativa. Krahé e Berger (2005) mostram que as mulheres tendem a sub-relatar a vitimização, enquanto os homens tendem a super-relatar. Isso também é consistente com os resultados citados por Hamby (2005). Na mesma linha, Kimmel (2001) encontrou que os homens tendem a subestimar sua própria violência, enquanto as mulheres tendem a superestimar a delas.

Neste estudo foi avaliada a agressão física. Outros estudos mostram prevalência mais alta de violência doméstica, possivelmente porque consideram também a violência psicológica e verbal (Noto et al., 2004). Por outro lado, estima-se que esses resultados não reflitam a dimensão real da situação de violência, pois muitos casos não são notificados. Por se passar no âmbito privado, e por motivos como medo do agressor, vergonha da família e da sociedade, muitas pessoas não relatam o fato. Outras ainda não percebem o vivido como violência ou assim não o nomeiam.

A violência esteve mais associada com baixa renda ($p < 0,03$) em vítimas e agressores. Cardia et al. (2003) explicaram as taxas de homicídio em São Paulo baseadas em múltiplos fatores, como elevada concentração de população muito pobre e muito jovem, falta de emprego e baixo nível de educação dos chefes de família. Afirmaram que a “presença de adultos do sexo masculino no espaço público, durante o dia, jogando conversa fora,

além de enfraquecer os laços sociais e causar danos à auto-estima, pode levar ao aumento do consumo de álcool e à violência”. O consumo de álcool associado ao desemprego é considerado preditor de violência (RODRIGUEZ, 2001; KRONBAUER e MENEGHEL, 2005). Ramos e Lemgruber (2004) afirmaram que, nas regiões metropolitanas do Brasil, a criminalidade violenta cresceu predominantemente em favelas e bairros pobres das periferias urbanas, sendo as pessoas negras e, entre elas, as mais jovens, as vítimas preferenciais da violência letal. Outros estudos associam violência e baixa renda (GIANINI et al., 1999; KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

Os dados do estudo mostram que a violência esteve associada com o consumo pesado (beber se embriagando ou *binge drinking*), definido como 5 ou mais drinques por ocasião (WECHSLER et al., 1994). O National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), dos Estados Unidos, define *binge* como o consumo de cinco ou mais drinques para os homens e quatro ou mais drinques para as mulheres em cerca de duas horas (PLANT e PLANT, 2006). Esse é o padrão de uso de álcool associado com o aumento de prejuízos físicos e emocionais, violência, acidentes, gravidez indesejada, sexo sem proteção, doenças sexualmente transmissíveis e HIV. Conseqüências agudas como lesões e acidentes estão claramente ligados ao consumo pesado em uma ocasião (REHM et al., 2003; O’LEARY e SCHUMACHER, 2003).

No presente estudo, foram encontrados consistentemente mais homens que mulheres com consumo pesado e embriaguez. Esse padrão é mais freqüentemente encontrado em homens na maioria dos países, sendo um dos dados epidemiológicos mais consistentes na literatura sobre álcool (WILSNACK et al., 2000). A relação entre estar intoxicado e ter se envolvido em comportamentos violentos também foi encontrada em outros estudos (ROSSOW, 1996; LIPSKY et al., 2005; WELLS e GRAHAM, 2003). Cherpitel (1996, apud REHM et al., 2003) relata que a alta concentração de álcool no sangue na ocasião da lesão esteve associada com resultados mais graves.

Os dados encontrados corroboram outros achados que estar intoxicado aumenta o risco de envolver-se em atos agressivos, como vítima ou perpetrador (REHM et al., 2003; ROSSOW, 1996; WECHSLER et al., 1994; O'LEARY e SCHUMACHER, 2003; GIANINI et al., 1999). A intoxicação rápida e profunda resulta do *binge* e consumo de destilados, e isso tem sido associado com desfechos violentos (NORSTROM, 1998). Este modo de beber é bastante comum entre estudantes universitários e a população em geral, especialmente em países como o Brasil, que não têm tradição de uso de bebidas alcoólicas acompanhando as refeições (KERR-CORRÊA et al., 2001; SIMÃO, 2005).

O álcool esteve envolvido na agressão relatada pela vítima em 42,46% dos casos e relatada pelo agressor em 44%. Encontrou-se uma

relação entre ser bebedor atual e ser o agressor. Dados de Adeodato et al. (2005) mostraram que antes dos ataques, 70% dos agressores tinham consumido álcool e 11%, drogas ilícitas. O agressor também foi violento com outros indivíduos em 58% dos casos, incluindo crianças (50%). Dos homens que foram agressivos contra outras pessoas, 72% consumiam álcool, e dos que atacaram suas crianças, 78% tinham consumido álcool. O consumo de álcool esteve diretamente associado com agressão contra crianças. Em um estudo no Estado de São Paulo, 2372 indivíduos entre 12 e 65 anos de idade foram entrevistados em 27 cidades com mais de 200000 habitantes. Encontrou-se que em quase um terço das casas havia uma história de violência (31,6%). Em 52% das situações, o agressor estava sob influência do álcool; outras drogas estiveram envolvidas em aproximadamente 10% dos casos (NOTO et al., 2004).

Não há perfil de organização familiar que esteja imune à problemática do abuso de álcool ou à possibilidade de comportamento violento. O uso excessivo de álcool nos fins de semana associa-se à forte pressão socioeconômica, um sistema de educação rígido e punitivo, um ambiente sociocultural exigente e complexo, que freqüentemente direcionam para esse tipo de família comportamentos impulsivos violentos, que são controlados com os mesmos elementos (MELO et al., 2005).

A maioria das agressões domésticas esteve associada com união matrimonial formal ou informal. Na maioria dos casos, os agressores foram homens (67,4%) entre 18 e 39 anos. Estudos mostram que após a acusação, apenas 40% dos casais se separam, freqüentemente ocorre a conciliação e pacificação entre os envolvidos (ADEODATO et al., 2005; ANGULO-TUESTA, 1997; BALLONE e ORTOLANI, 2002; DESLANDES et al., 2000).

As mulheres mais jovens são mais propensas a abandonar os relacionamentos violentos mais cedo. Situações como aumento do nível da agressão, violência afetando os filhos e apoio sociofamiliar são determinantes na decisão de sair do relacionamento (DAY et al., 2003).

A violência doméstica esteve associada com média educação entre vítimas e agressores (entre oito e 12 anos de educação). Estudos recentes comprovaram que a pobreza familiar e o baixo nível masculino de instrução predizem os maus-tratos físicos à mulher (KRUG et al., 2003 apud KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

8.3. Abuso sexual

O abuso sexual foi mais relatado por mulheres, indivíduos com média e alta escolaridade e renda. Isso pode se dever ao fato de as pessoas mais esclarecidas terem maior consciência da violência, conseguindo se aperceber delas, podendo nomeá-las. Além disso, há fatores socioculturais que poderiam levar à maior resignação de algumas mulheres, que encarariam o sexo forçado como parte do casamento e até como direito do marido. Ter sofrido abuso sexual esteve associado a ser perpetrador de violência doméstica para ambos os gêneros, enquanto ser vítima atualmente esteve associado com ter sofrido abuso sexual apenas entre homens. Alguns estudos referem que ter sofrido violência na família de origem é um poderoso fator de risco pessoal para o indivíduo se tornar agressor (BORDIN, 2006; HOLMES, 2005; WHO, 2002).

Ter sido vítima de abuso sexual também esteve associado com relacionamento atual com parceiro que tem padrão de consumo pesado de álcool, o que pode significar a perpetuação do abuso em um círculo vicioso.

Um estudo do Banco Mundial em economias de mercado consolidadas encontrou que em mulheres entre 15 e 44 anos de idade, a violência de gênero é responsável por 19% dos anos de vida perdidos devido à morte ou incapacidade física (GIFFIN, 1994).

Em suma, os resultados mostram a importância do envolvimento do álcool na violência doméstica. Embora não tenham sido encontradas diferenças de gênero em relação à frequência de ser vítima ou agressor, nos homens agressores foi encontrado mais envolvimento do consumo de álcool e maior número de doses de álcool associadas ao incidente. Os resultados ressaltam o importante papel do uso de álcool e risco de vitimização e mostram que os episódios mais graves de violência ocorrem principalmente entre as mulheres.

9. Conclusões

-
- A prevalência de abstinência neste estudo foi mais alta entre as mulheres e os padrões de uso de álcool mais pesados se concentraram entre os homens;
 - A prevalência de violência entre casais foi de 8,3 % nos últimos dois anos;
 - Não houve diferenças de gênero em relação à frequência de violência, tanto como vítimas quanto como agressores;
 - Na maioria das ocasiões de violência, não houve uso de álcool;
 - Tanto agressores como vítimas eram predominantemente jovens, casados ou amasiados e provenientes de estratos socioeconômicos e educacionais mais baixos;
 - A violência doméstica (vítimas e perpetradores) esteve associada ao consumo pesado de álcool, especialmente do tipo *binge drinking*;
 - As mulheres sofreram agressões mais graves (como chutes e socos);
 - O relato de abuso sexual (atual ou passado) esteve associado a: ser agressor atualmente para ambos os gêneros; ser vítima atualmente e presença de transtorno mental comum apenas entre os homens e ter relacionamento atual com parceiro com padrão pesado de consumo de álcool.
-

Os resultados ressaltam a importância da associação entre o uso pesado de álcool do tipo “beber se embriagando” ou em *binges* e risco de agressão (como perpetrador ou vítima), padrão este que se mostra, mais uma vez, como o que mais se associa a mortes e outros agravos à saúde, incluindo violência. A identificação de padrões de uso de álcool na população geral é um passo importante para o desenvolvimento e avaliação de políticas públicas de intervenção em saúde específica.

Referências *

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R.; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.108-113, 2005.

ANGULO-TUESTA, A.J. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1997. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BABOR, T.F.; CAETANO, R.; CASSWELL, S.; EDWARDS, G.; GIESBRECHT, N.; GRAHAM, K.; GRUBE, J.; GRUENEWALD, P.; HILL, L.; HOLDER, H.; HOMEL, R.; ÖSTERBERG, E.; REHM, J.; ROOM, R.; ROSSOW, I. **Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

BALLONE, G.J.; ORTOLANI, I.V. Violência doméstica. In: **PsiquWeb: psiquiatria geral**. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>>. Acesso em : 13 mar. 2006.

BALTIERI, D.A. **Alcohol and drug consumption and sexual impulsivity among sexual offenders**. 2005. 149 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BALTIERI, D.A. Álcool e crime. In: RIGONATTI, S.P.; SERAFIM, A.P.; BARROS, E.L. **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003. p.151-163.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação – Referências – Elaboração**. Rio de Janeiro, 2002. 22p.

* NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 1997.

BARSTED, L.A.L. **Uma vida sem violência é um direito nosso**: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Brasília: Comitê Interagencial de Gênero/ONU/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça, 1998.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. Av.**, v.17, n.49, p.87-98, 2003.

BLOOMFIELD, K.; STOCKWELL, T.; GMEL, G.; REHM, N. International comparisons on alcohol consumption. **Alcohol Res. Health**, v.27, n.1, p.95-109, 2003.

BOBAK, M.; MCKEE, M.; ROSE, R.; MARMOT, M. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. **Addiction**, v.94, p.857-866, 1999.

BOOKWALA, J.; SOBIN, J.; ZDANIUK, B. Gender and aggression in marital relationships: A life-span perspective. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.797-806, 2005.

BORDIN, I.A.S.; PAULA, C.S.; NASCIMENTO, R.; DUARTE, C.S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.28, n.4, p.290-296, 2006.

BRASIL. Lei nº11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm> Acesso em: 26 set. 2006.

BROWN, G.R.; ANDERSON, B. Psychiatric morbidity in adult in patients with childhood histories of sexual and physical abuse. **Am. J. Psychiatry**, v.148, p.55-61, 1991.

BRUSCHI, A.; DE PAULA, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.2, p.256-264, 2006.

CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. A “perfect storm” in developing countries: economic growth and the alcohol industry (Editorial). **Addiction**, v.101, p.149-152, 2006.

CARDIA, N.; ADORNO, S.; POLETO F. Homicídio e violação de direitos humanos em São Paulo. **Estud. av.**, v.17, n.47, p. 43-73, 2003.

CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; SILVA, J.B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para o novo século. (Change in morbimortality patterns in the Brazilian population: challenges to the new century). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.12, p. 63-75, 2003.

CHERPITEL, C.J. Alcohol and violence-related injuries: an emergency room studies. **Addiction**, v.88, p.79-88, 1993.

CHERPITEL, C.J. Alcohol and injuries resulting from violence: a review of emergency room studies. **Addiction**, v.89, p.157-165, 1994.

COKER, A.L.; DAVIS, K.E.; ARIAS, I.; DESAI, S.; SANDERSON, M.; BRANDT, H.M.; SMITH, P.H. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. **Am. J. Prevent. Med.**, v.24, n.4, p. 260-268, 2002.

CONTI, J.M. Violência doméstica: proposta para a elaboração de lei própria e criação de varas especializadas. **Rev. Diálogo Juríd.**, n.12, mar. 2002.

CRYER, P.C.; SAUNDERS, J.; JENKINS, L.M.; NEALE, H.; COOK, A.C.; PETERS, T.J. Clusters within a general adult population of alcohol abstainers. **International Journal of Epidemiology**, v.30, p. 756-765, 2001.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, 2005.

DASGUPTA, S.D. Towards an understanding of women's use of non-lethal violence in intimate heterosexual relationships. **Applied Research Forum of the National Resource Center on Domestic Violence**. (feb,2001). Disponível em: <http://www.ncdsv.org/images/Womens_Use_of_Violence1.pdf> Acesso em 03 out. 2006.

DAY, V.P.; TELLES, L.E.B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M.R.F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M.G.; CARDOSO, R.G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, supl.1, p.9-21, 2003.

DeKESEREDY, W.S.; SCHWARTZ, M.D. Meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. **Soc. Spec.**, v.17, n.2, p.199-222, 1997.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.129-137, jan. 2000.

DINIZ, N.M.F.; ALMEIDA, M.S.; LOPES, R.L.M.; GESTEIRA, S.M.A.; OLIVEIRA, J.F. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **Mundo Saúde**, v.23, n.2, p.106-112, 1999.

DUARTE, P.C.A.V.; COTRIM, B.C. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. **J. Bras. Dep. Quím.**, v.1, n.1, p.17-25, 2000.

FAÚNDES, A.; HARDLY, H.; OSIS, M.J.; DUARTE, G.O. Risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.22, n.3, p.153-157, 2000.

FRANCO, C. No ar, a nova guerra das cervejas. **Estado de São Paulo**, 7 de Jan. 2005, p.B13.

FREIRE, N. Violência contra a mulher: uma lei necessária. **Folha de São Paulo**, 6 Ago. 2006. Seção Opinião – Tendências/Debates, p. A3.

FONTANA, M.; SANTOS, S.F. Violência contra a mulher. In: REDESAUDE. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001. p.101-128.

FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1., 1998, Brasília. Relatório preliminar. **Álcool: morte e violência: dados estatísticos/96**. Brasília, 1998.

GALDURÓZ, J.F.K.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.26, supl. 1, p.3-6, 2004.

GALVÃO, E.F.; ANDRADE, S.M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviços de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.89-99, mai. 2004.

GIANINI, R.J.; LITVOC, J.; NETO, J.N. Agressão física e classe social. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.180-186, 1999.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.10, supl.1, p.146-155, 1994.

GMEL, G.; REHM, J. Harmful alcohol use. **Alcohol Res. Health**, v.27, n.1, p.52-62, 2003.

GROSSI, K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

GOLDSTEIN, P.J. Drugs, violence, and federal funding: a research odyssey. **Subst. Use Misuse**, v.33, n.9, p.1915-1936, 1998.

HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H.; AZEVEDO, G.A.; MACHADO, P.X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicol. Teor. Pesq.**, v.21, n.3, p.341-348, 2005.

HAMBY, S. Measuring gender differences in partner violence: Implications from research on other forms of violent and socially undesirable behaviour. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.725-742, 2005.

HOLMES, W.C.; SAMMEL, M.D. Physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes. **Ann Intern Med.**, v.143, n.8, p.581-586, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**) – Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&paginaatual=1&uf=35&letra=S> Acesso em: 2 fev. 2006.

JONG, L.C. **Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KAHN, T.; ZANETIC, A. **O papel dos municípios na segurança pública: estudos criminológicos**. São Paulo: Secretaria de Segurança Pública, 2005. v.4, p. 26-31.

KIMMEL, M.S. Male Victims of domestic violence: a substantive and methodological research review, **Report to the Equality Committee of the Department of Education and Science**, Ireland, 2001. Disponível em: <<http://www.xyonline.net/downloads/malevictims.pdf>>. Acesso em 04 out. 2006.

KERR-CORRÊA, F.; TARELHO, L.G.; CREPALDI, A.L.; CAMIZA, L.D.; VILLANASSI, R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.27, p.257-271, 2000.

KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; TRINCA, L.; SIMÃO, M.O.; MATTOS, P.F.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MENDES, A.A. **I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais dos estudantes da UNESP (1998)**. São Paulo: VUNESP, 2001. 183 p.

KERR-CORRÊA, F.; HEGEDUS, A.M.; SANCHES, A.F.; TRINCA, L.A.; KERR-PONTES, L.R.S.; TUCCI, A.M.; FLORIPES, T.M.F. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil (Chapter 3). In: OBOT, I.; ROOM, R. (Eds). **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle-income countries and drinking problems**. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005. p.49-68.

KOPOSOV, R.A.; RUCHKIN, V.V.; EISEMANN, M.; SIDOROV, P.I. Alcohol use in adolescents from Northern Russia: the role of the social context. **Alcohol Alcohol.**, v.37, p.297-303, 2002.

KRAHÉ, B.; BERGER, A. Sex Differences in Relationship Aggression among Young Adults in Germany. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.829-838, 2005.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p.695-701, 2005.

LARANJEIRA, R.; HINKLY, D. Avaliação da densidade de pontos de vendas de álcool e sua relação com a violência. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.455-461, ago. 2002.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev. Bras Psiquiatr.**, v.26, supl.1, p.68-77, 2004.

LEONARD, K.E. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is contributing cause of violence? **Addiction**, v.100, p.422-425, 2005.

LEVENTHAL, J.M. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. **Child Abuse Negl.**, v.22, n.6, p.481-491, 1998.

LIMA, M.L.C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p.829-840, 1998.

LIPSKY, S.; CAETANO, R.; FIELD, C.A.; LARKIN, G.L. Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. **Drug Alcohol Depend.**, v.78, p.39-47, 2005.

LOOMAN, J.; ABRACEN, J.; DIFAZIO, R.; MAILLET, G. Alcohol and drug abuse among sexual and nonsexual offenders: relationship to intimacy deficits and coping strategy. **Sex. Abuse**, v.16, n.3, p.177-189, 2004.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatr.**, v. 148, p. 23-26, 1986.

McHUGH, M.C. Understanding gender and intimate partner abuse. **Sex Roles**, v.52, n.11/12, p.717-724, 2005.

MELO, Z.M.; CALDAS, M.T.; CARVALHO, M.M.C.; LIMA, A.T. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicol. Estudo**, v.19, n.2, p.201-108, mai. 2005.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.26, supl.1, p.7-10, 2004.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p.35-42, 1998.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência para Todos. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.1, p.65-78, 1993.

MULRONEY, J.; CHAN, C. Men as victim of domestic violence. **Aust. Dom. Fam. Violence Clearinghouse**, p.1-18, 2005.

MUTO, E. Álcool e Drogas. **Jornal da Paulista, São Paulo**, v.16, n.179, mai. 2003.

NEMTSOV, A.V. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. **Addiction**, v.97, p.1413-1425, 2002.

NOBRE, M.T. De tragédias à Tragédia: violência doméstica, denúncia e função social das Delegacias da Mulher. **Mneme - Rev. Virtual Humanid.**, v.11, n.5, p.1-21, 2004.

NAPPO, S.A.; GALDUROZ, J.C.F. Psychotropic drug-related deaths in Sao Paulo city, Brazil. In: WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 2. **Proceedings...** Madrid, 1996.

NORSTROM, T. Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. **Addiction**, v.93, p.689-699, 1998.

NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; SILVA, E.A.; GÁLDUROZ, J.C.F. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no Estado de São Paulo. **J. Bras. Dep. Quím.**, v.5, p.9-17, 2004.

O'LEARY, K.D.; SCHUMACHER, J.A. The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both? **Addict. Behav.**, v.23, p.1575-1585, 2003.

PADOVANI, R.C.; WILLIAMS, L.C.A. Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. **Psicol. Estudo**, v.7, n.2, p.13-17, jul. 2002.

PARKER, R.N.; AUERHAHN, K. Alcohol, drugs, and violence. **Annu. Rev. Sociol.**, v.24, p.291-311, 1998.

PEDREIRA, F.A.; BIONDO, M.; KOTOVICZ, F.; SOUZA, F.A.J.; SCHRAIBER, L.B. Violência doméstica e saúde da mulher. **Rev. Med. (São Paulo)**, v.84, n.2, p.45-54, 2005.

PLANT, M.; PLANT, M. **Binge Britain**: alcohol and the national response. Oxford: Oxford University Press, 2006. 191 p.

POLDRUGO, F. Alcohol and criminal behaviour. **Alcohol & Alcohol.**, v.33, n.1, p.12-15, 1998.

RAMOS, S.; LEMGRUBER, J. Criminalidade e respostas brasileiras à violência. In: _____. **Observatório da Cidadania**: medos e privações: obstáculo à segurança humana. Rio de Janeiro: IBASE, 2004. v.8, p.45-52.

RECHTMAN, M.; PHEBO, L. Violência contra a mulher. Relatórios 1,2,3,4 e 5 do Centro de Atenção à mulher Vítima de Violência (CEAMVV). Rio de Janeiro: CEAMVV, 1999/2000.

REHM, J.; ROOM, R.; GRAHAM, K.; MONTEIRO, M.; GMEL, G.; SEMPOS, C.T. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. **Addiction**, v.98, p.1209-1228, 2003.

RODRIGUEZ, E.; LASCH, K.E.; CHANDRA, P.; LEE J. The relation of family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States. **West. J Med.**, v.174, n.5, p.317-323, 2001.

ROOM, R.; JERNIGAN, D.; CARLINI-MARLATT, B.; GUREJE, O.; MAKELA, K.; MARSHALL, M.; MEDINA-MORA, M.E.; MONTEIRO, M.; PANY, C.; PARTANEN, J.; RILEY, L.; SAXENA S. **Alcohol in developing societies: a public health approach**. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies and World Health Organization, 2002.

ROSSOW, I. Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. **Addiction**, v.91, n.11, p.1651-1661, 1996.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces contra a Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.3, n.5, p.11-26, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.41-54, fev. 2003.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350p.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.263-272, 2003.

SIMÃO, M.O.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; SMAIRA, S.I. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.24, n.3, p.121-129, set. 2002.

SIMÃO, M.O. **Avaliação da eficácia da Intervenção Breve para redução de danos em estudantes universitários da Unesp que fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas**. 2005. 181f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SOUZA, E.R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.1, p.48-64, 1993.

STATA, C. (2003) Intercooled STATA 8.0 for Windows. **Stata Corporation**, College Station, TX.

SWAN, S.C.; SNOW, D.L. A typology of women's use of violence in intimate relationships. **Violence Against Women**, v.8, n.3, p.286-319, 2002.

TESTA, M. The impact of men's alcohol consumption on perpetration of sexual aggression. **Clin. Psychol. Rev.**, v.22, n.8, p.1239-1263, 2002.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, supl.2, p.51-55, 2005.

WECHSLER, H.; DAVENPORT, A.; DOWDALL, G.; MOEYKENS, B.; CASTILLO, S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. **J. Am. Med. Assoc.**, v.272, n.21, p.1672-1677, 1994.

WELLS, S.; GRAHAM, K. Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. **Addiction**, v.98, n.1, p.33-42, 2003.

WILSNACK, R.W.; VOGELTANZ, N.D.; WILSNACK, S.C.; HARRIS, T.R. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction**, v.95, p.251-265, 2000.

WILSNACK, S.C.; WILSNACK, R.W. International gender and alcohol research: recent findings and future directions. **Alcohol Res. Health**, v.25, p.245-250, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**: summary. Geneva: WHO, 2002.

Anexos

TABELAS COMPLEMENTARES

Tabela 1: Abuso sexual antes 16 anos por alguém da família X sexo, frequência e quantidade de consumo de álcool, se atualmente é agressor ou vítima de violência doméstica.

Variáveis	Vítima de abuso antes 16 na família					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo ¹						
Homem	582	98,81	7	1,19	589	100,0
Mulher	855	98,05	17	1,95	872	100,0
Total	1437	98,36	24	1,64	1461	100,0
Frequência consumo¹						
< 1 x mês	185	29,46	3	30,0	188	29,47
1-3 x mês	151	24,04	2	20,0	153	23,98
1-2 x semana	196	31,21	2	20,0	198	31,03
3-4 x semana	40	6,37	3	30,0	43	6,74
5-6 x semana	8	1,27	0	0,0	8	1,25
Todo dia	48	7,64	0	0,0	48	7,52
Total	628	100,0	10	100,0	638	100,0
Quantidade de drinques/ semana ¹						
1 a 2	315	50,16	5	50,0	320	50,16
3 a 4	159	25,32	1	10,0	160	25,08
5 a 6	71	11,31	3	30,0	74	11,60
7 a 9	31	4,94	0	0,0	31	4,86
10 ou mais	52	8,28	1	10,0	53	8,31
Total	628	100,0	10	100,0	638	100,0
Agressor ¹						
Não	1364	94,92	22	91,67	1386	94,87
Sim	73	5,08	2	8,33	75	5,13
Total	1437	100,0	24	100,0	1461	100,0
Vítima ¹						
Não	1366	95,06	22	91,67	1388	95,00
Sim	71	4,94	2	8,33	73	5,00
Total	1437	100,0	24	100,0	1461	100,0

¹ $\chi^2 = \text{n.s}$

Tabela 2: Abuso sexual antes 16 anos X sexo, abstinência ou não de álcool, se atualmente é agressor ou vítima de violência domestica, se foi vítima de abuso sexual depois dos 16 anos de idade

Variáveis	Vítima de abuso sexual antes 16					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo¹						
Homem	562	95,42	27	4,58	589	100,0
Mulher	815	93,57	56	6,43	871	100,0
Total	1377	94,32	83	5,68	1460	100,0
Abstinente¹						
Sim	779	56,57	43	51,81	822	56,30
Não	598	43,43	40	48,19	638	43,70
Total	1377	100,0	83	100,0	1460	100,0
Agressor ²						
Não	1314	95,42	71	85,54	1385	94,86
Sim	63	4,58	12	14,46	75	5,14
Total	1377	100,0	83	100,0	1460	100,0
Vítima ¹						
Não	1311	95,21	76	91,57	1387	95,00
Sim	66	4,79	7	8,43	73	5,0
Total	1377	100,0	83	100,0	1460	100,0
Vítima abuso sexual depois 16 anos ³						
Não	1360	94,91	73	5,09	1433	100,0
Sim	17	62,96	10	37,04	27	100,0
Total	1377	94,32	83	5,68	1460	100,0

¹ $\chi^2 = \text{n.s}$

² $\chi^2 = 15,689$; $p = 0,000$

³ $\chi^2 = 50,431$; $p = 0,000$

Tabela 3: Abuso sexual após 16 anos X sexo, abstinência ou não de álcool, frequência e quantidade de consumo de álcool, se atualmente é agressor ou vítima de violência domestica

Variáveis	Vítima de abuso sexual após 16 anos					
Sexo ¹	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homens	583	40,63	6	21,43	589	40,26
Mulheres	852	59,37	22	78,57	874	59,74
Total	1435	100,0	28	100,0	1463	100,0
Abstinente²						
Sim	807	98,06	628	98,13	1435	98,09
Não	16	1,94	12	1,88	28	1,91
Total	823	100,0	640	100,0	1463	100,0
Frequência consumo²						
< 1 x mês	182	28,98	7	58,33	189	29,53
1-3 x mês	152	24,20	2	16,67	154	24,06
1-2 x semana	197	31,37	1	8,33	198	30,94
3-4 x semana	43	6,85	0	0,0	43	6,72
5-6 x semana	8	1,27	0	0,0	8	1,25
Todo dia	46	7,32	2	16,67	48	7,50
Total	628	100,0	12	100,0	640	100,0
Quantidade de drinques/ semana ²						
1 a 2	315	50,16	6	50,0	321	50,16
3 a 4	157	25,0	4	33,33	161	25,16
5 a 6	72	11,46	2	16,67	74	11,56
7 a 9	31	4,94	0	0,0	31	4,84
10 ou mais	53	8,44	0	0,0	53	8,28
Total	628	100,0	12	100,0	640	100,0
Agressor ²						
Não	1361	98,05	27	1,95	1388	100,0
Sim	74	98,67	1	1,33	75	100,0
Total	1435	98,09	28	1,91	1463	100,0
Vítima ²						
Não	1363	94,98	72	5,02	1435	100,0
Sim	27	96,43	1	3,57	28	100,0
Total	1390	95,01	73	4,99	1463	100,0

¹ $\chi^2 = 4,208$; $p = 0,040$

² $\chi^2 = \text{n.s.}$

Tabela 4: Abuso sexual após os 16 anos perpetrado pelo cônjuge

Abuso sexual após 16 anos		
Foi o cônjuge	N	%
Nao	13	48,15
Sim	14	51,85
Total	27	100,0

CONTROLE DE CAMPO

Setor	Realizadas				Recusa Parcial				Perda Parcial				OUTROS						
	Total dom	Elegíveis	Masc	Fem	Total	RecTot	Masc	Fem	Total	PerdaTot	Masc	Fem	Total	Vago	A	B	C	D	E
Água Rasa - Setor 50	41	59	12	24	36	7	5	2	7	4	7	9	16	4	0	1	25	11	0
Artur Alvim - Setor 94	44	85	23	40	63	7	8	10	18	0	2	2	4	1	0	0	36	7	0
Brasilândia - setor 44	49	120	30	66	96	0	11	4	15	1	6	3	9	2	0	0	46	1	0
Cachoeirinha - Setor 54	60	51	22	22	44	1	0	0	0	7	1	6	7	0	11	5	36	8	0
Campo Grande - Setor 96	47	12	4	4	8	6	0	3	3	6	0	1	1	1	6	0	7	12	21
Cangaíba - Setor 110	52	52	18	26	44	2	0	1	1	1	6	1	7	4	15	0	30	3	0
Carrao - setor 027	45	26	8	14	22	11	0	2	2	2	0	2	2	4	3	1	17	13	7
Cidade Ademar - Setor 160	40	29	8	10	18	3	1	3	4	4	3	4	7	4	13	0	16	7	0
Cidade Lider - Setor 11	46	60	17	31	48	1	4	3	7	0	4	1	5	0	16	0	29	1	0
Cursino - Setor 131	44	50	13	22	35	4	4	4	8	5	5	2	7	1	12	1	21	9	0
Grajaú - Setor 27	66	133	39	60	99	1	3	2	5	4	18	11	29	4	0	0	57	5	0
Guainazes - setor 54	50	104	35	45	80	3	8	5	13	1	7	4	11	4	0	0	42	4	0
Ipiranga - Setor 138	42	85	28	40	68	0	6	4	10	2	6	1	7	1	0	0	39	2	0
Itaim Paulista - Setor 244	46	101	34	51	85	1	4	2	6	3	5	5	10	3	0	0	39	4	0
Jabaquara - Setor 94	49	26	8	13	21	3	3	0	3	6	2	0	2	4	22	1	13	9	0
Jaraguá - Setor 004	41	99	39	41	80	1	1	8	9	1	6	4	10	1	0	0	39	2	0
Jardim Angela - setor 273	41	94	30	40	70	0	6	5	11	4	9	4	13	0	0	0	37	4	0
Jardim São Luiz - Setor 57	45	41	13	17	30	0	1	0	1	5	5	5	10	2	7	0	31	5	0
Lapa - Setor 2	46	7	1	2	3	5	0	1	1	4	2	1	3	5	7	4	-16	9	37
Mandaqui - setor 065	65	11	3	5	8	3	2	0	2	2	0	1	1	5	6	0	9	5	40
Pedreira - setor 19	46	116	32	47	79	0	5	3	8	1	15	14	29	2	0	1	42	1	0
Perdizes - Setor 57	50	35	4	6	10	2	7	13	20	11	0	5	5	2	6	2	19	13	8
Pirituba - Setor 87	44	47	8	16	24	2	4	3	7	2	4	12	16	0	8	1	31	4	0
República - Setor 28	64	44	21	15	36	8	3	0	3	0	4	1	5	6	20	1	29	8	0
Sacomã - Setor 145	51	96	22	48	70	4	9	6	15	0	7	4	11	2	0	1	44	4	0
Santana - Setor 108	44	29	7	16	23	3	1	0	1	1	4	1	5	6	11	0	20	4	3
São Mateus - Setor 30	44	82	27	37	64	2	4	2	6	1	6	6	12	3	1	2	35	3	0
São Rafael - Setor 126	45	110	26	48	74	1	4	0	4	3	21	11	32	2	0	0	39	4	0
Saúde - Setor 006	46	7	5	0	5	0	0	2	2	2	0	0	0	1	1	0	2	2	40
Tatuapé - setor 117	43	26	8	12	20	3	1	1	2	6	2	2	4	2	5	2	17	9	8
Vila Andrade - Setor 73	44	34	16	13	29	0	0	0	0	6	2	3	5	3	7	0	28	6	0
Vila Jacuí - Setor 13	54	128	47	53	100	2	5	2	7	0	14	7	21	2	0	2	48	2	0
Vila Mariana - setor 12	41	11	6	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
Vila Medeiros - Setor 40	39	104	32	60	92	0	4	1	5	0	4	3	7	1	0	0	38	0	0
Vila Sonia - Setor 82	83	34	7	18	25	3	3	1	4	11	2	3	5	10	11	2	18	14	28
Total	1697	2148	653	967	1620	89	117	93	210	106	179	139	318	93	190	27	964	195	192

A= Não tem domínio

B= Não dom.

C= N° domic. c/ pessoas elegíveis

D= N° domic. c/ recusa e perda total

E= Dom. não visitados

Os demais anexos encontram-se em arquivos digitais em CD na contracapa do trabalho.

- Questionário Genacis
 - Questionário coringa
 - Consentimento informado
 - Carta de contato inicial
 - Carta ao síndico
 - Carta para reverter recusa
-

ARTIGO

Violência entre casais e beber se embriagando: um estudo no município de São Paulo.

Janaina Barbosa de Oliveira, Florence Kerr-Corrêa, Maria Cristina Pereira Lima, Adriana Marcassa Tucci, Maria Odete Simão, Frederico Guilherme Graeff.

RESUMO

A violência entre casais ocorre cotidianamente nos âmbitos social e familiar. É um problema relevante no Brasil, afetando principalmente as mulheres, produzindo agravos à sua saúde física, reprodutiva e mental. O objetivo deste estudo foi analisar violência entre casais associadas ao padrão de consumo de álcool e dados sociodemográficos. O método utilizado foi inquérito epidemiológico transversal em amostra estratificada por conglomerados, representativa dos níveis socioeconômicos e educacionais da população. A amostra totalizou 1473 pessoas maiores de 18 anos. Utilizou-se o questionário Genacis em entrevistas pessoais com cada indivíduo, mantendo sempre a privacidade. A análise estatística univariada utilizou o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher usando pesos adequados. Houve uma taxa de 40% de recusa, a maioria de homens e de estratos socioeconômicos mais altos. Houve predominância de casados (41,1%), com menos de 40 anos de idade (53,2%), menor escolaridade e mulheres (58,6%). Homens tiveram predominantemente padrões de consumo de álcool pesado, enquanto mulheres tiveram consumo leve ou eram abstinentes. Cerca de 8,3% da amostra relataram algum tipo de agressão doméstica nos dois anos anteriores. Tanto agressores como vítimas se associaram a ser jovem, casado ou amasiado, estratos socioeconômicos e educacionais mais baixos e consumo de álcool com embriaguez. As mulheres sofreram as agressões mais graves. Os resultados ressaltam a importância da associação entre uso de álcool e risco de agressão e têm importantes implicações na elaboração de políticas públicas e programas de tratamento desses problemas.

Palavras chaves: gênero, álcool, violência entre casais, doméstica, epidemiologia.

ABSTRACT

Partner violence occur in daily life in family and social relationships. It is an important problem in Brazil, affecting mostly women, leading to physical, reproductive and mental health harms. The objective was to evaluate violence and victimization between partners with patterns of alcohol consumption and demographics. The method was a transversal epidemiological survey in a sample stratified by clusters, representative of the socioeconomic and educational level of the population. The final sample totaled 1473 people of 18 years or more. Genacis questionnaire was used in private face-to-face interviews. The univariate statistical analysis used the qui-square or Fisher's exact tests using appropriate weight. The refusal rate was 40%, mostly men and families of higher socioeconomic status. The results showed that most respondents were married (41.1%), under 40 years old (53.2%), with less education, and females (58.6%). Among men there was predominance of heavy alcohol consumption, while women had the lightest alcohol ingestion or were abstainers. Some kind of partner aggression in the last two years was found in 8.3% of the sample. Being an aggressor or a victim was associated to younger age, married/common law marital status, lower socioeconomic and educational levels and binge or heavy drinking. Women had suffered more severe violence episodes. The results point out to the importance of the role of alcohol use and the risk of aggression, and has important implications in the elaboration of public policies and programs for treating these problems.

Key words: gender, alcohol, partner violence, domestic, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A violência do homem contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, se expressa no cotidiano e nas relações sociais no interior da família, da comunidade e das instituições. No âmbito doméstico é um problema relevante no Brasil, afetando um número significativo de mulheres e produzindo inúmeros agravos à sua saúde física, reprodutiva e mental, inclusive morte. É um fenômeno que nos alerta sobre as profundas desigualdades entre os sexos (ANGULO-TUESTA, 1997).

Os homens, e especialmente os homens jovens, estariam muito mais sujeitos à violência no espaço público, especialmente ao homicídio, cometido tanto por estranhos quanto por conhecidos. Já as mulheres estão mais sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas e íntimas. Isso pode significar violência repetida e continuada que, muitas vezes, perpetua-se cronicamente por muitos anos ou até vidas inteiras (LIMA e XIMENES, 1998; RECHTMAN e PHEBO, 2000; SCHRAIBER et al., 2002; DAY et al., 2003).

Inúmeras pesquisas demonstram que é no espaço doméstico onde ocorre a maior parte das agressões contra mulheres (GALVÃO e ANDRADE, 2004).

Segundo Barsted (1998), isto acontece graças à cumplicidade e indiferença da sociedade perante a violência que ocorre no interior da família, que muitas vezes acaba por constituir um espaço de arbítrio e de agressão. Assim, pode-se dizer que a violência doméstica seria legitimada por uma ordem patriarcal de organização familiar, na qual a dominação masculina é vista como natural. Considerada normal e se passando no âmbito privado, a violência dificulta uma atitude de resistência e ruptura da mulher, implicando em mudança de valores, crenças e atitudes (DINIZ et al., 1999; BLAY, 2003).

A Conferência de Direitos Humanos de 1993 gerou uma definição oficial das Nações Unidas sobre a violência contra a mulher: “todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (HEISE et al., 1994 apud DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005). A *violência física* ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas.

1.1. Teorias da relação álcool/violência

Goldstein (1998) afirma que a relação entre o uso de substâncias psicoativas e violência deve ser considerada dentro de um modelo comportamental complexo. Os principais fatores de risco para a presença de comportamento violento, com especial atenção ao relacionamento álcool/droga/crime, devem-se a alguns fatores pessoais, tais como: antecedentes de delinquência, antecedentes pessoais e familiares de abuso físico/sexual, negligência, experiências inadequadas de socialização, vítima de agressões durante a infância e/ou adolescência. Outros fatores seriam os culturais, como valores adquiridos, crenças e normas internalizadas; as condições atuais, como efeitos farmacológicos da droga consumida - prejuízo cognitivo, labilidade emocional, agitação psicomotora, fissura ou “craving”, irritabilidade; as condições sociais: falta de controle social, desorganização familiar, falta de oportunidades de emprego, educação; e as condições econômicas: necessidade financeira, falta de recursos financeiros para angariar a droga, dívidas; e condições ambientais: local de moradia, convivência com outros delinquentes (vizinhança). Apesar da importância dos múltiplos aspectos psicossociais na gênese da violência, o consumo inadequado de álcool e de outras drogas, seguramente, representa importante fator complicador (BALTIERI, 2003; POLDRUGO, 1998).

Alguns autores afirmam que quanto maior a frequência dos episódios de intoxicação por álcool, maiores são as chances de ações violentas. Além disso, quanto maior a quantidade de etanol consumida, maior é a violência empregada nos atos ilícitos (LEONARD, 2005; BALTIERI, 2005).

1.2. Violência e uso de álcool: algumas prevalências

Numerosos fatores de risco sociais, históricos, psicológicos e demográficos para a violência doméstica têm sido identificados, sendo o consumo de álcool um dos mais presentes (O'LEARY e SCHUMACHER, 2003). O álcool é a substância psicoativa intimamente associada às mudanças de comportamento que têm como resultante a violência (MINAYO e DESLANDES, 1998).

Embora baseados em definições variadas do fenômeno estudado, 35 estudos de 24 países revelaram que entre 20% e 75% das mulheres já foram vítimas de violência física ou sexual dos parceiros. Em estudos com amostras nacionais dos Estados Unidos e Canadá, 28% e 25% das mulheres reportam que foram vítimas deste tipo de violência, respectivamente. Alguns países apresentam as taxas de mulheres assassinadas por parceiros íntimos: no Canadá é de 62% (1987), 70% no Brasil (dados de Pernambuco em 1992) e 73% na Nova Guiné (1979-1982) (GIFFIN, 1994). No Brasil, os estudos de casos denunciados nas delegacias de defesa da mulher, apresentam também um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999).

Dados de Adeodato et al. (2005) apontaram que, antes das agressões, 70% dos parceiros agressores ingeriram álcool e 11% consumiram drogas ilícitas. A ingestão de álcool mostrou ter correlação direta com a agressão aos filhos.

Schraiber et al. (2003) estudaram usuárias da atenção primária na cidade de São Paulo para verificar a prevalência de violência, a percepção, a definição e o nome dado a esta experiência por quem a experimentou. Os autores concluíram que a maioria das mulheres que relataram alguma agressão não considerou como violência, tendo grande dificuldade em relatar os episódios, bem como nomeá-los.

O fato de se encontrar uma associação importante entre alcoolismo e a ocorrência de agressões, sobretudo aquelas repetidas, não significa concluir que este fator seja a origem da violência contra a mulher, “mas imaginar a possibilidade de que abuso de álcool e agressão estejam respondendo, sob determinado ângulo, a condicionantes comuns” (MINAYO e DESLANDES, 1998; LEONARD, 2005; SOARES et al., 1996 apud ANGULO-TUESTA, 1997).

1.3. Consequências da Violência Doméstica para a saúde

De acordo com Grossi (1996), mulheres que sofrem violência doméstica apresentam cinco vezes mais chances de apresentarem problemas psicológicos quando comparadas às mulheres que não vivenciam essa situação. Entre os problemas citados encontrou-se: abuso de substâncias, nervosismo, esquecimento, sentimento de insegurança, transtornos do sono e alimentares, lesões permanentes, dores crônicas de cabeça e abdominais, doenças de efeito tardio como artrite, hipertensão e doenças cardíacas, obesidade, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo e até morte (GALVÃO e ANDRADE, 2004; DAY et al., 2003; COKER et al., 2002). Os efeitos relacionados com o trauma são acentuados pelo fato do agressor ser um

parceiro íntimo, o que aumenta as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança (GIFFIN, 1994).

1.4. Aspectos legais

Em 1940, o Código Penal brasileiro caracterizou a agressão física do marido contra a mulher como delito passível de punição, embora não tenha incluído o crime de estupro do marido contra a mulher. No Brasil, em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) no Estado de São Paulo. O Brasil foi o primeiro país no mundo a propor este tipo de intervenção. A Delegacia da Mulher foi idealizada como espaço legal especializado para receber as denúncias e transmitir segurança e apoio jurídico às mulheres agredidas (ADEODATO et al., 2005; SCHRAIBER et al., 2002).

Em 7 de agosto de 2006 foi sancionada a lei nº 11.340, conhecida por “Lei Maria da Penha”, em homenagem a uma mulher vítima de violência doméstica. Essa nova lei modifica muitos aspectos antes não contemplados pela legislação brasileira, tais como possibilitar que o agressor seja preso em flagrante, prisão preventiva, fim das penas pecuniárias, e aumento da pena para até três anos de reclusão. Além disso, provê apoio social e psicológico às vítimas (BRASIL, 2006).

Segundo Schraiber et al. (2003) apenas 25% das mulheres reconhece o vivido como violência e assim o denomina. Entretanto, cabe destacar que poucas mulheres declararam que isto constituiria uma violação de direitos, o que demonstra ainda uma aceitação desses fatos como problemas que fazem parte da vida, não estando colocada para a maioria a possibilidade de acionar os poderes jurídico-criminal e político-social.

Estudiosos e profissionais que atuam na área de atendimento às mulheres em situação de violência estimam que os dados não refletem a real magnitude do problema, pois o número de casos não notificados é grande (ADEODATO et al., 2005). Fatores como medo do agressor e vergonha da família e da sociedade fazem com que muitas mulheres deixem de denunciar seus agressores e, quando o fazem, muitas desistem de levar a denúncia adiante (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999).

2. OBJETIVOS

Este estudo é um recorte do projeto Genacis, e tem por objetivo geral analisar as variáveis de violência doméstica associadas ao consumo de álcool e dados sociodemográficos.

3. MÉTODOS

3.1. Local do estudo

O estudo é realizado no município de São Paulo, capital do estado de São Paulo, a maior cidade do Brasil e do hemisfério sul, com população estimada em 10.927.985 habitantes (IBGE, 2000).

3.2. Delineamento

O estudo é transversal, um inquérito epidemiológico em amostra estratificada por conglomerados (*cluster sampling*).

3.3. Amostragem

A população de estudo foi constituída por pessoas com 18 anos ou mais de idade, residentes na área urbana do município de São Paulo (MSP). Os municípios foram agrupados em dois estratos.

Frente ao objetivo de estimar a prevalência de uso de álcool, tabaco e drogas em distintos subgrupos populacionais, foram considerados, para fins de cálculo do tamanho de amostra, os seguintes domínios: homens de 18 a 34 anos, de 35 a 59, de 60 anos ou mais anos de idade e mulheres nas mesmas faixas etárias. Os dados referentes à população residente do município de São Paulo, segundo esses subgrupos populacionais e estratos encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. População em área urbana do município de São Paulo, segundo idade e sexo em 2000.

	Idade	Homens		Mulheres		Total	
	(anos)	N	%	N	%	N	%
MSP	18 a 34	1482501	21,5	1579953	22,9	3062454	44,4
	35 a 59	1332416	19,3	1549219	22,5	2881635	41,8
	60 e mais	386052	5,6	566705	8,2	952757	13,8
	Total	3200969	46,4	3695877	53,6	6896846	100,0

Fonte: Censo 2000 – Fundação IBGE.

Para cálculo do tamanho de amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções, uma vez que a maior parte das estimativas do estudo são proporções de indivíduos com determinada característica:

$$n_0 = \frac{P \cdot (1 - P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

onde P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de P; d é o erro de amostragem admitido e deff é o efeito do delineamento.

Considerou-se que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ($P = 0,50$), uma vez que a pesquisa tem múltiplos objetivos e essa proporção é a que leva à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se como efeito do delineamento, a estimativa de 1,5, correspondente ao acréscimo que espera ter na variância das estimativas em função da utilização de delineamento complexo de amostragem (sorteio de conglomerados e ponderação). Para um coeficiente de confiança de 95% ($z=1,96$) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro populacional P), $n_0 = \frac{0,50 \cdot (1 - 0,50)}{(0,10/1,96)^2} \cdot 1,5 = 144$, que foi arredondado para 150.

Considerando a intenção de garantir que 150 pessoas fossem entrevistadas no menor domínio do Município de São Paulo, o de homens de 60 anos e mais, calculou-se o número de domicílios que deveriam ser visitados para se obter esse número de entrevistas, tomando por base a razão entre população residente e domicílios (tabela 2): 1099 domicílios ($150/0,1365=1099$).

Nos domicílios sorteados, foram localizadas e incluídas na amostra todas as pessoas maiores de 60 anos. Para a localização das pessoas das outras faixas etárias, foi sorteada a metade dos domicílios, uma vez que a utilização de amostragem equiprobabilística levaria à obtenção de uma amostra excessivamente grande, por serem faixas etárias muito mais frequentes que a de 60 e mais.

Levando-se em consideração a proporção estimada de sujeitos nos diferentes domínios em cada domicílio e uma taxa de não-resposta estimada em 20%, chegou-se ao número de domicílios a serem visitados.

Tabela 2. Distribuição esperada de entrevistas, segundo idade, sexo e local.

Local	Idade	Homens	Mulheres	Total
MSP	18 a 34	289	308	597
	35 a 59	259	302	561
	60 e mais	150	220	370
	Total	698	830	1528

Considerando a taxa de não resposta de 20%, foi sorteado um número maior de domicílios: 1400 no MSP ($1099/0,80=1374$).

O processo de amostragem utilizado foi o da amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio.

Foram sorteadas 35 unidades primárias de amostragem (setores censitários), no MSP. O sorteio foi com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios em área urbana. As frações de amostragem de primeiro estágio foi:

$f_i = \frac{35 \cdot M_i}{M}$ no Município de São Paulo, sendo M o número total de domicílios em área urbana ($M=2827849$ no MSP) e M_i o número de domicílios do setor censitário i .

Todos os domicílios existentes nos setores censitários sorteados foram arrolados, em campo, elaborando-se a listagem de endereços. A partir dessa listagem, foram sorteados 40 domicílios, com a fração de amostragem de segundo

$$\text{estágio: } f_2 = \frac{40}{M_i}.$$

A fração de amostragem global é expressa por: $f = f_1 \cdot f_2$

$$f = \frac{35 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1400}{2827849} \cong \frac{1}{2020}, \text{ no MSP}$$

Essas frações de amostragem são relativas à população de 60 anos ou mais. Para os menores de 60 anos, em função do sorteio de metade dos domicílios, as frações foram:

$$f = \frac{1}{1010}, \text{ no MSP.}$$

Para compensar essas diferentes probabilidades de seleção, foram introduzidos pesos na análise dos dados. As estimativas das proporções de interesse foram obtidas pelo estimador razão ponderado, da forma:

$$r = \frac{y}{x} = \frac{\sum_i \sum_j^{m_i} w_{ij} y_{ij}}{\sum_i \sum_j^{m_i} w_{ij}}, \text{ onde } y_{ij} \text{ é o valor da característica de determinado}$$

elemento do domicílio j , do setor i ; w_{ij} é o peso de cada elemento ij da amostra e m_i é o número de domicílios no setor i .

A precisão das estimativas foi indicada pelo intervalo de confiança (nível de confiança de 95%), $IC_{(95\%)} : [r - t\sqrt{\text{var}(r)}; r + t\sqrt{\text{var}(r)}]$, sendo t o valor da distribuição t-Student correspondente aos graus de liberdade da amostra e $\text{var}(r)$, a variância de r obtida sob delineamento complexo.

A coleta de dados resultou em uma amostra de 1473 sujeitos, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3: Proporção de sujeitos de acordo com o gênero

	N	%
Homens	595	40,4
Mulheres	878	59,6
Total	1473	100,0

4. PROCEDIMENTOS

O questionário GENACIS foi desenvolvido por um grupo internacional de investigadores interessados em comparar os padrões de consumo entre os gêneros em diferentes contextos e culturas. Tem sido utilizado em um estudo multinacional que inclui o Brasil. A versão utilizada neste estudo consiste em um questionário com 119 questões, divididas em 15 seções. O questionário foi traduzido e adaptado para o Brasil, tendo sido utilizado pesquisa anterior (KERR-CORRÊA et al., 2005).

A coleta de dados foi realizada através da aplicação do questionário em entrevistas face-a-face por uma equipe de entrevistadores treinados, nas residências selecionadas pelo sorteio amostral. Cartas foram enviadas às casas selecionadas informando os objetivos do estudo, metodologia, sua realização em vários países, e a importância de sua contribuição. O acesso a mais informações foi oferecido por um site na Internet (www.viverbem.fmb.unesp.br). Os entrevistadores usaram jalecos e crachás de identificação, e a privacidade foi garantida. Os entrevistadores foram supervisionados mensalmente pelos coordenadores da equipe.

A maioria das recusas foi de homens e famílias de estratos socioeconômicos mais altos, e moradores de condomínios.

5. PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Todo tipo de álcool consumido (por exemplo, cerveja, vinho, destilado, etc.) foi padronizado em um drinque contendo de 12 a 15 gramas de etanol, que é o tamanho médio do drinque ou dose no Brasil.

Os respondentes foram considerados **abstinentes** quando referiram não ter bebido no último ano. **Consumo leve infrequente (LI)** foi definido como 1 a 2 drinks por ocasião, menos de uma vez por semana. **Consumo leve frequente (LF)** foi definido como 1 a 2 drinks em uma ocasião semanalmente ou mais. **Consumo moderado infrequente (MI)** foi definido como 3 a 4 drinks por ocasião, menos que semanalmente. **Consumo moderado frequente (MF)** foi definido como 3 a 4 drinks por ocasião semanalmente ou mais. **Consumo pesado infrequente (PI)** foi definido como cinco ou mais drinks por ocasião menos de uma vez por semana, com ou sem problemas associados ao consumo. **Consumo pesado frequente (PF)** foi definido como ao cinco ou mais drinks em uma ocasião, semanalmente ou mais, sem problemas associados ao uso. **Consumo pesado frequente com problemas (PFP)** foi definido por: 1) ao menos cinco drinks por ocasião semanalmente ou mais no último ano, com problemas associados com o consumo e ao menos um dos que seguem: 2) consequência negativa nos últimos doze meses (por exemplo, consequências legais, clínicas, psiquiátricas, familiares, no trabalho); 3) algum critério de dependência. Todas as categorias de consumo são mutuamente exclusivas.

6. VARIÁVEIS DE VIOLÊNCIA

As variáveis de violência entre casais incluíram:

- Agressão doméstica e dados sócio-demográficos
- Padrão de consumo de álcool de vítimas e agressores
- Tipos de agressões sofridas e cometidas
- Gravidade da agressão
- Sentimento diante da agressão
- Envolvimento do álcool na agressão

7. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As associações entre violência e cada uma das variáveis sociodemográficas e de padrão de uso de álcool foram investigadas pelo teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Todas as análises foram feitas separadamente por gênero e por envolvimento em violência entre parceiros (vítima ou agressor). Foi utilizado o programa Stata 8.0 para Windows. A significância estatística foi avaliada usando valores p ($p \leq 0,05$) com respectivo intervalo de confiança de 95% (SIEGEL, 1975).

As análises descritivas foram realizadas com pesos (correção para a super-representação de indivíduos com 60 anos ou mais de idade).

8. RESULTADOS

Houve uma taxa de não-resposta de 40%, que varia nos diversos setores censitários. No total da amostra (tabela 4), houve predominância de mulheres (58,6%), indivíduos casados (41,1%), e abaixo de 40 anos de idade (53,2%). Em relação à escolaridade, 3,7% eram analfabetos, e houve concentração nas faixas de escolaridade mais baixa.

Tabela 4: Características sociodemográficas da amostra dos residentes do município de São Paulo

	N	%	% com pesos
Sexo			
Homens	595	40,4	41,3
Mulheres	878	59,6	58,6
Idade			
18 – 29	426	28,9	29,5
30 – 39	331	22,5	23,7
40 – 49	252	17,1	18,4
50 – 59	195	13,2	14,5
60 – mais	269	18,3	13,9
Estado civil			
Solteiro	415	28,2	28,8
Casado	602	40,9	41,1
Amasiado	233	15,8	16,7
Separado/Divorciado	106	7,2	7,0
Viúvo	117	7,9	6,3
Educação			
Analfabeto	55	3,7	3,7
Sabe ler, mas não freqüentou a escola	32	2,2	1,9
Até 4 anos	347	23,6	22,3
Até 8 anos	347	23,6	24,0
Médio incompleto	103	7,0	7,2
Médio completo	400	27,2	26,3
Superior incompleto	72	4,9	5,0
Superior completo	114	7,8	9,7
Renda per capita (em Reais)			
0 a 150	478	32,4	34,1
151 a 300	321	21,8	20,3
301 a 600	337	22,9	21,4
601 ou mais	337	22,9	24,2

A classificação de indivíduos de acordo com o padrão de consumo de álcool (tabela 5), como quantidade e freqüência, mostrou uma associação clara com gênero ($p \leq 0,001$), com uma concentração de homens nos padrões mais altos de consumo, incluindo moderado (infreqüente e freqüente) e pesado (infreqüente e freqüente, com ou sem problemas). Na categoria consumo pesado com problemas, é alta a probabilidade de dependência, uma vez que referidos sinais de tolerância e/ou problemas clínicos, sociais, legais ou no trabalho, ligados ao uso de álcool.

Tabela 5: Padrão de consumo de álcool por gênero nos últimos 12 meses

Padrão de consumo	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abstinente	233	28,0 36,6	598	72,0 66,3	831	54,1
Consumo leve infrequente	69	31,3 1,2	162	68,7 19,2	231	16,4
Consumo leve frequente	55	56,4 9,2	37	43,6 5,0	92	6,7
Consumo moderado infrequente	38	55,3 6,9	36	44,7 4,0	74	5,2
Consumo moderado frequente	71	80,8 12,1	16	19,2 2,0	87	6,2
Consumo pesado infrequente	20	76,0 4,0	8	24,1 0,9	28	2,1
Consumo pesado infrequente + problemas	7	61,1 1,4	5	38,9 0,6	12	0,9
Consumo pesado frequente	43	89,0 6,9	6	11,0 0,6	49	3,2
Consumo pesado frequente + problemas ou critério de dependência	59	84,0 10,5	10	16,0 1,4	69	5,2
Total	595	41,3 100,0	878	58,7 100,0	1473	100,0

Pearson chi = 259,5; p<0,001

Do total da amostra, 8,3% dos indivíduos relataram algum tipo de violência doméstica física, sendo que 4,7% foram vítimas ou perpetradores, e 3,5% relataram ter sido ambos, vítimas e perpetradores (porcentagens com pesos).

Ter sido agredido pelo companheiro esteve associada com a idade (69,5% abaixo dos 40 anos de idade; p=0,001), estado civil (com mais indivíduos casados; p=0,006) e renda (as vítimas foram mais numerosas entre os respondentes de mais baixos estratos socioeconômicos; p=0,03).

Ter cometido um ato violento também esteve associado com estar casado ou amasiado (p<0,001), e também ter menos de 40 anos de idade, nos quais 77,6% dos agressores estiveram concentrados (p<0,001). A escolaridade foi outra variável sociodemográfica associada com agredir o companheiro, com predominância nas faixas entre oito e 12 anos de educação (p=0,02), bem como baixa renda (p=0,03).

Tabela 6: Características sociodemográficas de vítimas e agressores de violência doméstica física

	Vítimas			Agressores		
	N	%	p	N	%	p
Sexo			0,27			0,94
Homens	25	34,1		30	38,7	
Mulheres	48	65,9		45	61,3	
Idade			0,001			<0,001
18 – 29	30	38,8		30	39,8	
30 – 39	24	30,7		29	3,8	
40 – 49	11	19,9		12	17,1	
50 – 59	6	8,8		2	3,5	
60 – mais	2	1,8		2	1,7	
Estado civil			0,006			<0,001
Solteiro	22	27,2		20	26,5	
Casado	24	37,7		26	34,7	
Amasiado	20	27,2		24	32,7	
Separado/Divorciado	7	7,9		5	6,1	
Viúvo	-	-		-	-	
Educação			0,39			0,02
Analfabeto	3	7,9		3	6,1	
Sabe ler, mas não frequentou a escola	-	-		1	0,9	
Até 4 anos	10	15,9		9	13,1	
Até 8 anos	21	25,6		24	32,2	
Médio incompleto	7	9,7		5	7,8	
Médio completo	20	22,9		17	19,0	
Superior incompleto	5	6,9		9	11,0	
Superior completo	7	11,1		7	9,9	
Renda per capita (em Reais)			0,03			0,03
0 a 150	34	49,4		23	32,2	
151 a 300	16	19,4		26	35,7	
301 a 600	9	11,5		10	12,2	
601 ou mais	14	19,7		16	19,9	

A tabela 7 aponta que os tipos de agressão mais referidos pelas vítimas de ambos os gêneros foram empurrar, chacoalhar, agarrar, tapas, e bater ou chutar. Outras formas menos frequentemente referidas foram: atirar ou bater com um objeto ou uso de armas.

Tabela 7: Tipos de agressões sofridas e perpetradas por homens e mulheres

Tipos de agressões	Homens vítimas ¹		Mulheres vítimas ¹		Homens agressores ²		Mulheres agressoras ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empurrar/ chacoalhar/ agarrar	10	40,0	24	50,0	18	62,1	21	46,7
Tapas	9	36,0	7	14,6	5	17,2	4	8,9
Bater/ chutar	1	4,0	13	27,1	5	17,2	13	28,9
Atirar objeto/ bater com objeto	2	8,0	1	2,1	1	3,5	5	11,1
Uso de armas	2	8,0	3	6,2	-	-	1	2,2
Outros	1	4,0	-	-	-	-	1	2,2

¹ Fisher p=0,02² Fisher p=0,39

Comparações também foram feitas com os níveis de gravidade, tais como chateação, raiva e medo (tabela 8). Gravidade, ter ficado chateado e com medo não foram significativamente diferentes em nenhuma das análises feitas para agressores de ambos os gêneros. Diferenças foram vistas para mulheres vítimas que ficaram mais chateadas ($p=0,01$) e com raiva ($p<0,001$) comparadas com os homens.

Tabela 8: Nível de gravidade e sentimento diante da agressão física por homens e mulheres

	Vítimas			Agressores		
	Homens	Mulheres	p	Homens	Mulheres	p
Gravidade	4,5	5,6	0,08	4,1	4,5	0,51
Chateação	7,2	8,7	0,01	7,9	7,2	0,34
Raiva	5,6	8,6	<0,001	7,1	7,6	0,50
Medo	4,8	5,4	0,54	4,6	4,1	0,49

Os ataques foram classificados em “ninguém tinha bebido”, “apenas a mulher tinha bebido”, “apenas o homem tinha bebido” e “ambos tinham bebido”. A percentagem de ataques em cada uma dessas categorias pode ser vista na Tabela 9. Houve predominância de situações onde ninguém havia consumido álcool em todas as categorias e gêneros, seguido por situações onde apenas o homem tinha bebido quando a mulher era a vítima e finalmente aquelas onde apenas o homem tinha bebido quando ele era o agressor.

Tabela 9: Quem tinha bebido no momento da agressão, por homens e mulheres, vítimas e agressores

Quem bebeu	Homens vítimas ¹		Mulheres vítimas ¹		Homens agressores ²		Mulheres agressoras ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguém	18	72,0	23	48,9	18	60,0	24	53,3
Apenas a mulher	2	8,0	1	2,1	-	-	-	-
Apenas o homem	3	12,0	20	42,6	9	30,0	18	40,0
Ambos	2	8,0	3	6,4	3	10,0	3	6,7
Total	25	100,0	47	100,0	30	100,0	45	100,0

Fisher $p^1=0,005$ $p^2<0,001$

Houve associação entre ser vítima ou agressor com o consumo pesado de álcool, quando agrupadas as categorias de consumo e separadas em leve a moderado e pesado, como pode ser visto na tabela 10.

Tabela 10: Padrão de consumo de vítimas e agressores

	Vítima				Agressor			
	Não	Sim	Total	p	Não	Sim	Total	p
Leve a moderado				0,003				0,014
N	460	24	484		454	30	484	
%	95,0	4,9	100,0		93,8	6,2	100,0	
Consumo pesado								
N	139	19	158		138	20	158	
%	87,9	12,0	100,0		87,3	12,6	100,0	
Total								
N	599	43	642		592	50	642	
%	93,3	6,7	100,0		92,2	7,8	100,0	

9. DISCUSSÃO

Limitações e dificuldades do estudo

A primeira dificuldade encontrada foi com relação à taxa de recusas, que foi de 40%. Ocorreu principalmente entre homens, uma vez que há mais mulheres chefes de família, sendo mais difícil encontrar os homens em casa, e em prédios nos setores de classe média a alta, o que pode ser atribuído ao medo da violência e assaltos. Entretanto, essa taxa é semelhante à de outros estudos internacionais e esperada em grandes centros urbanos, especialmente com alta incidência de violência e o medo decorrente dessa situação (CRYER, 2001). O trabalho de Laranjeira et al. (2006) apresentado em Congresso da ABEAD, em Santos, mostra taxas semelhantes ou maiores em grandes cidades.

Embora 21,7% dos homens fossem consumidores pesados de álcool, apenas 29 (3,3%) mulheres o eram, o que pode representar uma limitação para as análises de eventos mais raros como violência e abuso sexual, por prejudicar a observação da ação do álcool nas agressões cometidas por elas. Por outro lado, chama muito a atenção a quantidade de abstinentes (28% homens vs 72% mulheres), dado frequentemente encontrado em estratos socioeconômicos mais baixos, pois a escolaridade, que traduz renda, é a variável que mais prevê que o indivíduo seja bebedor (não alcoolista) e não abstinente de álcool. Isto se dá devido ao favorecimento de situações sociais onde se bebe e à possibilidade de que o gasto com bebidas não venha a fazer falta na subsistência da familiar.

Outra limitação foi o alto custo do projeto, maior que o inicialmente previsto. Essas limitações dificultam a generalização dos dados.

Por outro lado, a amostra é representativa dos níveis sócio-econômico-educacionais de cerca de 3,5 milhões de pessoas acima de 18 anos de idade. Assim, os resultados podem ser generalizados para outros grandes centros urbanos, mas não para pequenas cidades, ambientes rurais ou lugares como a cidade de Botucatu, que mostrou que, quando os fatores sócio-culturais e papéis sociais mudam, as diferenças de padrão de consumo entre os gêneros tendem a diminuir (KERR-CORRÊA et al, 2005).

Violência doméstica e padrão de uso de álcool

O estudo é uma análise dos dados de violência e vitimização do município de São Paulo, constituindo um recorte do projeto GENACIS, um projeto multinacional que tem por objetivo comparar padrões de uso e abuso de álcool entre os gêneros em diferentes contextos em vários países (BLOOMFIELD et al., 2003; KERR-CORRÊA et al., 2005; WILSNACK e

WILSNACK, 2002). A amostra de 1473 sujeitos é urbana, estratificada e representativa, e os principais resultados mostram que a violência entre casais não foi um evento freqüente. Em baixos níveis de consumo de álcool, mulheres e homens referem níveis similares de violência. A maior parte da violência ocorreu entre casais jovens (abaixo de 39 anos de idade), os perpetradores foram principalmente os homens e as vítimas foram principalmente mulheres.

No presente estudo, a agressão entre casais foi referida por 5,5% de mulheres vítimas, 4,2% de homens vítimas, 5,1% de mulheres agressoras e 5% de homens agressores. A agressão foi mais freqüente entre os jovens (51,4% abaixo de 40 anos de idade). Como Bookwala et al. (2005) propuseram previamente para resultados similares, aparentemente com a maturidade aumenta a capacidade de tolerar dificuldades no relacionamento. Portanto, os respondentes mais jovens foram mais propensos a usar estratégias mal adaptadas para resolver discussões, envolvendo-se em brigas físicas com seus companheiros.

O álcool esteve envolvido na agressão relatada pela vítima em 42,46% dos casos e relatada pelo agressor em 44%. Krahé e Berger (2005) mostram que as mulheres tendem a subrelatar a vitimização, enquanto os homens tendem a super-relatar. Isso também é consistente com os resultados citados por Hamby (2005). Na mesma linha, Kimmel (2001) encontrou que os homens tendem a subestimar sua própria violência, enquanto as mulheres tendem a superestimar a delas.

Neste estudo foi avaliada a agressão física. Outros estudos mostram prevalência mais alta de violência doméstica, possivelmente porque consideram também a violência psicológica e agressão verbal (Noto et al., 2004). Estima-se que esses resultados não reflitam a dimensão real da situação de violência, pois muitos casos não são notificados. Por se passar no âmbito privado, e por motivos como medo do agressor, vergonha da família e da sociedade, muitas pessoas não relatam o fato. Outras ainda não percebem o vivido com violência ou assim não o nomeia.

A violência esteve mais associada com baixa renda ($p < 0,03$) e média educação (entre oito e 12 anos de educação) entre vítimas e agressores. Estudos recentes comprovaram que a pobreza familiar e o baixo nível masculino de instrução predizem os maus-tratos físicos à mulher (KRUG et al., 2003 apud KRONBAUER e MENEGHEL, 2005). Também esteve associada com união matrimonial formal ou informal. Na maioria dos casos os agressores foram homens (67,4%) entre 18 e 39 anos. Estudos mostram que após a acusação, apenas 40% dos casais se separam, freqüentemente ocorre a conciliação e pacificação entre os envolvidos (ADEODATO et al., 2005; ANGULO-TUESTA, 1997; BALLONE e ORTOLANI, 2002; DESLANDES et al., 2000).

Os dados do estudo mostram que a violência esteve associada com o consumo pesado (beber se embriagando ou *binge drinking*), definido como 5 ou mais drinques por ocasião (WECHSLER et al., 1994). O National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), dos Estados Unidos, define *binge* como o consumo de cinco ou mais drinques para os homens e quatro ou mais drinques para as mulheres em cerca de duas horas (PLANT e PLANT, 2006). Esse é o padrão de uso de álcool associado com o aumento de prejuízos físicos e emocionais, violência, acidentes, gravidez indesejada, sexo sem proteção, doenças sexualmente transmissíveis e HIV. Consequências agudas como lesões e acidentes estão claramente ligados ao consumo pesado em uma ocasião (REHM et al., 2003; O'LEARY e SCHUMACHER, 2003).

No presente estudo foram encontrados consistentemente mais homens que mulheres com consumo pesado e embriaguez. Esse padrão é mais frequentemente encontrado em homens na maioria dos países, sendo um dos dados epidemiológicos mais consistentes na literatura sobre álcool (WILSNACK et al., 2000). A relação entre estar intoxicado e ter se envolvido em comportamentos violentos também foi encontrada em outros estudos, mostrando que estar intoxicado aumenta o risco de envolver-se em atos agressivos, como vítima ou perpetrador (ROSSOW, 1996; LIPSKY et al., 2005; WELLS e GRAHAM, 2003; REHM et al., 2003; WECHSLER et al., 1994; O'LEARY e SCHUMACHER, 2003; GIANINI et al., 1999). A intoxicação rápida e profunda resulta do *binge* e consumo de destilados, e isso tem sido associado com desfechos violentos (NORSTROM, 1998). Este modo de beber é bastante comum entre estudantes universitários e a população em geral, especialmente em países como o Brasil, que não têm tradição de uso de bebidas alcoólicas acompanhando as refeições (KERR-CORRÊA et al., 2001; SIMÃO, 2005).

Em suma, os resultados mostram a importância do envolvimento do álcool na violência doméstica. Embora não tenham sido encontradas diferenças de gênero em relação à frequência de ser vítima ou agressor, nos homens agressores foi encontrado mais envolvimento do consumo de álcool e maior número de doses de álcool associadas ao incidente. Os resultados ressaltam o importante papel do uso de álcool e risco de vitimização e mostra que os episódios mais graves de violência ocorrem principalmente entre as mulheres.

REFERENCIAS

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R.; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.108-113, 2005.

ANGULO-TUESTA, A.J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BALLONE, G.J.; ORTOLANI, I.V. Violência doméstica. In: **PsiquWeb**: psiquiatria geral. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>>. Acesso em : 13 mar. 2006.

BALTIERI, D.A. **Alcohol and drug consumption and sexual impulsivity among sexual offenders**. 2005. 149 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BALTIERI, D.A. Álcool e crime. In: RIGONATTI, S.P.; SERAFIM, A.P.; BARROS, E.L. **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003. p.151-163.

BARSTED, L.A.L. **Uma vida sem violência é um direito nosso**: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Brasília: Comitê Interagencial de Gênero/ONU/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça, 1998.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. Av.**, v.17, n.49, p.87-98, 2003.

BLOOMFIELD, K.; STOCKWELL, T.; GMEL, G.; REHM, N. International comparisons on alcohol consumption. **Alcohol Res. Health**, v.27, n.1, p.95-109, 2003.

BOOKWALA, J.; SOBIN, J.; ZDANIUK, B. Gender and aggression in marital relationships: A life-span perspective. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.797-806, 2005.

BRASIL. Lei nº11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm> Acesso em: 26 set. 2006.

COKER, A.L.; DAVIS, K.E.; ARIAS, I.; DESAI, S.; SANDERSON, M.; BRANDT, H.M.; SMITH, P.H. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. **Am. J. Prevent. Med.**, v.24, n.4, p. 260-268, 2002.

CRYER, P.C.; SAUNDERS, J.; JENKINS, L.M.; NEALE, H.; COOK, A.C.; PETERS, T.J. Clusters within a general adult population of alcohol abstainers. **International Journal of Epidemiology**, v.30, p. 756-765, 2001.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, 2005.

DAY, V.P.; TELLES, L.E.B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M.R.F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M.G.; CARDOSO, R.G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, supl.1, p.9-21, 2003.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.129-137, jan. 2000.

DINIZ, N.M.F.; ALMEIDA, M.S.; LOPES, R.L.M.; GESTEIRA, S.M.A.; OLIVEIRA, J.F. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **Mundo Saúde**, v.23, n.2, p.106-112, 1999.

GALVÃO, E.F.; ANDRADE, S.M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviços de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.89-99, mai. 2004.

GIANINI, R.J.; LITVOC, J.; NETO, J.N. Agressão física e classe social. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.180-186, 1999.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.10, supl.1, p.146-155, 1994.

GROSSI, K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

GOLDSTEIN, P.J. Drugs, violence, and federal funding: a research odyssey. **Subst. Use Misuse**, v.33, n.9, p.1915-1936, 1998.

HAMBY, S. Measuring gender differences in partner violence: Implications from research on other forms of violent and socially undesirable behaviour. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.725-742, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)
— Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&paginaatual=1&uf=35&letra=S> Acesso em: 2 fev. 2006.

KIMMEL, M.S. Male Victims of domestic violence: a substantive and methodological research review, **Report to the Equality Committee of the Department of Education and Science**, Ireland, 2001. Disponível em: <<http://www.xyonline.net/downloads/malevictims.pdf>>. Acesso em 04 out. 2006.

KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; TRINCA, L.; SIMÃO, M.O.; MATTOS, P.F.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MENDES, A.A. **I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais dos estudantes da UNESP (1998)**. São Paulo: VUNESP, 2001. 183 p.

KERR-CORRÊA, F.; HEGEDUS, A.M.; SANCHES, A.F.; TRINCA, L.A.; KERR-PONTES, L.R.S.; TUCCI, A.M.; FLORIPES, T.M.F. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil (Chapter 3). In: OBOT, I.; ROOM, R. (Eds). **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle-income countries and drinking problems**. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005. p.49-68.

KRAHÉ, B.; BERGER, A. Sex Differences in Relationship Aggression among Young Adults in Germany. **Sex Roles**, v.52, n.11, p.829-838, 2005.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p.695-701, 2005.

LEONARD, K.E. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is contributing cause of violence? **Addiction**, v.100, p.422-425, 2005.

LIMA, M.L.C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p.829-840, 1998.

LIPSKY, S.; CAETANO, R.; FIELD, C.A.; LARKIN, G.L. Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. **Drug Alcohol Depend.**, v.78, p.39-47, 2005.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p.35-42, 1998.

NORSTROM, T. Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. **Addiction**, v.93, p.689-699, 1998.

NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; SILVA, E.A.; GÁLDUROZ, J.C.F. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no Estado de São Paulo. **J. Bras. Dep. Quím.**, v.5, p.9-17, 2004.

O'LEARY, K.D.; SCHUMACHER, J.A. The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both? **Addict. Behav.**, v.23, p.1575-1585, 2003.

PLANT, M.; PLANT, M. **Binge Britain**: alcohol and the national response. Oxford: Oxford University Press, 2006. 191 p.

POLDRUGO, F. Alcohol and criminal behaviour. **Alcohol & Alcohol**, v.33, n.1, p.12-15, 1998.

RECHTMAN, M.; PHEBO, L. Violência contra a mulher. Relatórios 1,2,3,4 e 5 do Centro de Atenção à mulher Vítima de Violência (CEAMVV). Rio de Janeiro: CEAMVV, 1999/2000.

REHM, J.; ROOM, R.; GRAHAM, K.; MONTEIRO, M.; GMEL, G.; SEMPOS, C.T. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. **Addiction**, v.98, p.1209-1228, 2003.

ROSSOW, I. Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. **Addiction**, v.91, n.11, p.1651-1661, 1996.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces contra a Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.3, n.5, p.11-26, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.41-54, fev. 2003.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350p.

SIMÃO, M.O. **Avaliação da eficácia da Intervenção Breve para redução de danos em estudantes universitários da Unesp que fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas**. 2005. 181f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STATA, C. (2003) Intercooled STATA 8.0 for Windows. **Stata Corporation**, College Station, TX

WECHSLER, H.; DAVENPORT, A.; DOWDALL, G.; MOEYKENS, B.; CASTILLO, S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. **J. Am. Med. Assoc.**, v.272, n.21, p.1672-1677, 1994.

WELLS, S.; GRAHAM, K. Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. **Addiction**, v.98, n.1, p.33-42, 2003.

WILSNACK, R.W.; VOGELTANZ, N.D.; WILSNACK, S.C.; HARRIS, T.R. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction**, v.95, p.251-265, 2000.

WILSNACK, S.C.; WILSNACK, R.W. International gender and alcohol research: recent findings and future directions. **Alcohol Res. Health**, v.25, p.245-250, 2002.