

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017

Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira, Laísa Rodrigues Moreira, Rodrigo Dalke Meucci, Simone dos Santos Paludo

<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400017>

Submetido em: 2021-09-22

Postado em: 2021-09-22 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)



Oliveira ASLA, Moreira LR, Meucci RD, Paludo SS. Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017. *Epidemiol Serv Saude* [preprint]. 2021 [citado 24 ago 2021]:[23 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400017>

ARTIGO ORIGINAL

**Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo:
estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017***

**Psychological violence against women practiced by an intimate
partner: a cross-sectional study in a rural area of Rio Grande do Sul,
Brazil, 2017**

**Violencia psicológica contra la mujer por parte de un compañero
íntimo: un estudio transversal en una zona rural de Rio Grande do
Sul, Brasil, 2017**

Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira¹ - orcid.org/0000-0001-6980-4427

Laísa Rodrigues Moreira² - orcid.org/0000-0001-8393-3743

Rodrigo Dalke Meucci¹ - orcid.org/0000-0002-9455-4260

Simone dos Santos Paludo¹ - orcid.org/0000-0002-3281-5824

¹Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande, RS, Brasil

²Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira – Rua General Telles, nº 922, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96010-310

E-mail: andrea.psicofurg@hotmail.com

*Artigo derivado de dissertação de mestrado acadêmico intitulada ‘Violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na zona rural de Rio Grande, RS’, defendida por Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, em 2020.

Recebido em 03/01/2021

Aprovado em 22/07/2021

Editora associada: Bárbara Reis-Santos - orcid.org/0000-0001-6952-0352

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados à violência psicológica praticada por parceiro íntimo contra a mulher residente em zona rural do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, com mulheres de 18-49 anos que tiveram parceiro íntimo na vida. Foram aplicadas questões do World Health Organization Violence Against Women Study. Utilizou-se regressão de Poisson para estimar razões de prevalências (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). **Resultados:** Participaram 971 mulheres, com prevalência de violência psicológica de 17,2% (IC_{95%} 14,9;19,7) na vida. Aquelas com diagnóstico de depressão (RP=2,23 – IC_{95%} 1,70;2,91) e que consumiram álcool na última semana (RP=1,53 – IC_{95%} 1,07;2,17) tiveram maior probabilidade de referir violência psicológica na vida; as solteiras apresentaram maior probabilidade dessa natureza de violência, comparadas às casadas (RP=1,86 – IC_{95%} 1,32;2,63). **Conclusão:** Violência psicológica contra a mulher na zona rural relacionou-se com agravos na saúde mental e com uso de álcool.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Epidemiologia; População Rural; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with psychological violence against women practiced by an intimate partner in a rural area in the state of Rio Grande do Sul, in 2017. **Methods:** Cross-sectional population-based study with women aged 18-49 years and who having had intimate partner in their lives. Questions from the World Health Organization Violence Against Women Study were applied. Poisson regression was used to estimate prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** 971 women participated, being 17.2% (95%CI 14.9;19.7) the prevalence of lifetime psychological violence. Those diagnosed with depression in life (PR=2.23 – 95%CI 1.70;2.91) and who had consumed alcohol in the last week were more likely to refer lifetime psychological violence (PR=1.53 – 95%CI 1.07;2.17). Single women were more likely to experience psychological violence in their lives than married women (PR=1.86 – 95%CI 1.32;2.63). **Conclusion:** Psychological violence against woman was present in rural areas, related with mental health damages and alcohol use.

Keywords: Violence Against Women; Intimate Partner Violence; Epidemiology; Rural Population; Cross-Sectional Studies.

Introdução

A violência contra a mulher, além de violar direitos, eleva a demanda por cuidados em saúde, caracterizando um grande desafio à saúde pública brasileira.¹ Estima-se que uma em cada sete mulheres vivenciaram violência física e/ou sexual, perpetrada por parceiro íntimo, na América Latina e no Caribe.² Este dado torna-se ainda mais preocupante quando há informações a respeito da exposição a violência psicológica ou abuso emocional, ao longo da vida.³

A violência psicológica é caracterizada por toda ação ou omissão que cause ou vise causar dano à autoestima, identidade ou desenvolvimento da pessoa.⁴ Ela é considerada uma das formas mais frequentes de agressão no meio doméstico, apesar de mais subnotificada e com maior dificuldade de identificação por parte da vítima, posto que muitas vezes, a mulher não se percebe sendo agredida.⁵ Aponta-se ampla variação

na literatura mundial quanto à prevalência de violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo (VPMPI), inclusive para aquelas que vivem na zona rural.^{6,7} Os principais fatores associados à ocorrência dessa natureza de violência são o estado civil de casada,⁸ baixa escolaridade,^{9,10} baixa renda familiar,^{11,12} idade superior a 30 anos¹³⁻¹⁵ e diagnóstico de depressão.¹⁶

Estudo pioneiro de base populacional conduzido no Brasil, na cidade de São Paulo e em 15 municípios localizados na Zona da Mata de Pernambuco, entre os anos 2000 e 2001, identificou prevalência de violência psicológica ocorrida pelo menos uma vez na vida de 41,8% [intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) 38,7;45,1] em São Paulo e de 48,9% (IC_{95%} 45,9;51,7) na Zona da Mata pernambucana (sem discriminar a sobreposição existente entre as violências de natureza física, psicológica ou sexual).¹⁷ No mesmo estudo, sobre o relato de ter sofrido exclusivamente violência psicológica na vida, as prevalências identificadas para mulheres residentes em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco foram de 17,5% e 17,3%, respectivamente.¹⁷

A vida na zona rural é marcada pelo distanciamento das redes de apoio e dos serviços¹⁸ e, até mesmo, das redes afetivas, favorecendo o silêncio e a invisibilidade da violência. Diante disso, este trabalho procurou descrever um panorama da violência psicológica na área rural, contexto ainda pouco explorado, e de subgrupos de maior ocorrência, contribuindo para evidenciar possíveis caminhos na luta pela garantia de direitos das mulheres, dando visibilidade ao tema e à necessidade de romper com o silêncio frente a situações de violação.

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e fatores associados à violência psicológica praticada por parceiro íntimo contra a mulher residente na zona rural.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido no consórcio de pesquisa do Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande intitulado 'Saúde da população rural Rio-Grandina'. Situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, o município de Rio Grande tem uma extensão

territorial total de 2.709,5 Km² e possuía, em 2017, uma população de cerca de 209 mil habitantes, dos quais 4% residentes no perímetro rural.¹⁹

Neste estudo, foram incluídas mulheres (sexo feminino) de idades entre 18 e 49 anos, com residência permanente na área rural e que relataram ter tido ao menos um parceiro íntimo ao longo da vida, independentemente da orientação sexual. Foram excluídas as mulheres institucionalizadas e aquelas que não apresentaram condições físicas e/ou mentais para participar da entrevista sem auxílio de outrem.

O tamanho da amostra foi calculado visando atender aos objetivos da pesquisa, sendo o maior tamanho necessário de 931 mulheres, considerando-se a associação entre violência psicológica e escolaridade. O cálculo de tamanho amostral foi estimado a partir de uma prevalência de violência psicológica de aproximadamente 45%, um nível de confiança de 95% e margem de erro de três pontos percentuais. No cálculo de tamanho amostral para fatores associados, considerou-se um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão de prevalências de 1,5 e prevalência mínima de VPMPI de 25% para os grupos não expostos.

O processo de amostragem foi sistemático e alcançou 83,1% dos domicílios da área rural do município. Para tanto, realizou-se o sorteio de um número entre 1 e 5, de modo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado ‘pulo’. Assim, no caso do número 2 ter sido sorteado, todo domicílio de número 2 em uma sequência de cinco não era amostrado e sim pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2017, no domicílio. Foi aplicado um questionário disponível em *tablets* programados com o *software* REDCap® (Research Electronic Data Capture). Os dados coletados eram enviados para um servidor de internet, revisados pelos supervisores do estudo e armazenados na Universidade Federal do Rio Grande. As entrevistadoras foram previamente selecionadas e treinadas, e contavam com supervisão constante e acompanhamento diário em campo, para esclarecimentos de possíveis dúvidas e demais orientações necessárias. Posteriormente foi realizado um controle de qualidade, mediante reprodução aleatória de 5% das entrevistas.

Para avaliar a prevalência da VPMPI, principal desfecho do estudo, utilizou-se um recorte do questionário do World Health Organization Violence Against Women

Study (WHO-VAW Study) em sua versão traduzida e validada para o português.²⁰ Este instrumento avalia a violência psicológica por meio de quatro itens-questões: (i) *Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?* (ii) *Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?* (iii) *Fez coisas para intimidá-la ou assustá-la de propósito?* (iv) *Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?*

Foi considerada vítima de violência psicológica a participante que respondeu afirmativamente a pelo menos uma das quatro questões supracitadas. Como o estudo se propôs a avaliar a prevalência da VPMPI, as participantes responderam primeiramente a uma pergunta-filtro, sobre ter tido parceiro íntimo ao longo da vida. Definiu-se como parceiro íntimo uma pessoa do sexo masculino com a qual a participante houvesse mantido relação sexual ao longo da vida. Com a intenção de preservar as participantes, optou-se por questionar a ocorrência da violência em todas as relações íntimas mantidas até a data da coleta e não necessariamente uma situação vivida na relação atual da mulher.

As variáveis independentes foram levantadas na aplicação do questionário, no bloco de variáveis socioeconômicas, a saber: idade (em anos: 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49); raça/cor da pele autorreferida (branca; preta; parda); escolaridade (em anos de estudo: 0 a 4; 5 a 8; 9 ou mais); situação conjugal atual (casada ou com companheiro; solteira; separada, divorciada ou viúva); situação de trabalho no momento da entrevista (sim ou não); renda familiar (valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês anterior à entrevista, classificada com base em quintis); autorrelato de depressão diagnosticada por um médico ou psicólogo ao longo da vida (sim ou não); crença religiosa (sim ou não); uso de bebida alcoólica na última semana (sim ou não); tabagismo (nunca fumou; ex-fumante; fumante); e número de filhos (nenhum; um; dois; três ou mais).

Após realizar as análises descritivas, calculou-se a prevalência da VPMPI e seu respectivo IC_{95%}. Para as análises brutas e ajustadas, utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância, para estimar as razões de prevalências (RP) e seus respectivos IC_{95%}.

Para a análise ajustada, utilizou-se um modelo hierarquizado (Figura 1) em quatro níveis, para controle de possíveis fatores de confusão. Nesse modelo, as variáveis que se encontravam em um nível hierárquico igual ou superior foram consideradas

como possíveis fatores de confusão na relação com o desfecho do estudo: no primeiro nível de análise, as variáveis ‘idade’, ‘raça/cor da pele’ e ‘escolaridade’; no segundo nível, ‘situação conjugal’, ‘renda familiar’, ‘trabalho’ e ‘número de filhos’; no terceiro nível, autorrelato de diagnóstico de ‘depressão’ e ‘religiosidade’; e no quarto nível, variáveis comportamentais como ‘uso de álcool’ e ‘tabagismo’. Utilizou-se o método de seleção de variáveis *backward*, com introdução em bloco das variáveis correspondentes a cada nível hierárquico. Foram mantidas na análise todas as associações que apresentaram $p\text{-valor} < 0,20$ no teste de Wald de heterogeneidade ou no teste de tendência linear, sendo consideradas estatisticamente significativas as variáveis que obtiveram $p\text{-valor} < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com uso do *software* Stata/IC® versão 14.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o Parecer nº 51/2017, emitido em 27 de abril de 2017: Processo nº 23116.009484/2016-26. Garantiu-se o sigilo dos dados e a voluntariedade na pesquisa, possibilitando o abandono do estudo a qualquer momento e sem a necessidade de justificativa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação dos questionários. Ao final da pesquisa, receberam um *folder* com endereços e telefones úteis dos serviços públicos de saúde, assistência e segurança da mulher.

Resultados

Nos 2.669 domicílios com moradores permanentes na área rural do município de Rio Grande, identificaram-se 1.391 mulheres em idade fértil, dos 15 aos 49 anos, e 1.199 foram amostradas. Destas, 103 mulheres não foram encontradas após a terceira tentativa (perdas) e 17 não quiseram participar da pesquisa (recusas), 83 não cumpriam o critério de inclusão de idade, 20 não tiveram parceiro íntimo ao longo da vida e 5 não tinham informação para a variável de desfecho, resultando em 971 observações válidas. Entre estas, 167 (17,2% – IC_{95%} 14,9;19,7) relataram ter vivido ao menos uma situação de VPMPI na vida.

A Tabela 1 descreve as características da amostra estudada. Mais da metade das mulheres possuía cinco anos ou mais de escolaridade, declararam-se majoritariamente

como brancas 85,9% (821/956), cerca de 84,7% (822/971) eram casadas ou viviam com companheiro, em torno de 37,7% (366/971) trabalhavam, 26,8% (260/970) relataram já ter recebido, de um psicólogo ou médico, o diagnóstico de depressão ao longo da vida, 67,2% (652/970) possuíam crença religiosa, 68,4% (665/971) nunca haviam fumado e 90,2% (876/971) relataram não ter feito uso de bebida alcoólica na última semana.

Diferentes manifestações de violência psicológica foram identificadas. Aproximadamente 12,0% (IC_{95%} 10,1;14,3) relataram insulto, 10,5% (IC_{95%} 8,7;12,6) humilhação ou depreciação, 10,1% (IC_{95%} 8,3;12,2) intimidação, e 9,5% (IC_{95%} 7,8;11,5) ameaça (Tabela 2). Cento e cinquenta das 167 mulheres que relataram a ocorrência de VPMPI em sua vida reportaram que o relacionamento abusivo mencionado teve um ano ou mais de duração.

Na Tabela 3 é possível observar que, na análise ajustada, as mulheres solteiras (RP=1,86 – IC_{95%} 1,32;2,63) e as mulheres separadas, divorciadas e viúvas (RP=1,96 – IC_{95%} 1,23;3,13) tiveram probabilidade significativamente maior de serem vítimas de VPMPI, comparadas às casadas ou que viviam com companheiro. A probabilidade de VPMPI também se mostrou mais elevada para as mulheres que apresentaram autorrelato de depressão diagnosticada por um psicólogo ou médico ao longo da vida (RP=2,23 – IC_{95%} 1,70;2,91), e para aquelas que fizeram uso de bebidas alcoólicas na última semana (RP=1,53 – IC_{95%} 1,07;2,17).

Discussão

Cerca de uma em cada cinco mulheres participantes deste estudo relatou ter vivido ao menos um episódio de VPMPI na vida. As mulheres solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas apresentaram maior probabilidade de terem sido vítimas de VPMPI na vida, em comparação àquelas que estavam casadas ou que viviam com companheiro. As participantes que relataram diagnóstico de depressão e aquelas que fizeram uso de bebidas alcoólicas na última semana apresentaram maior probabilidade de terem sido vítimas de VPMPI, em comparação àquelas que não referiram diagnóstico de depressão ou uso de álcool. Estes achados contribuem para evidenciar que mulheres da área rural, de diferentes subgrupos identificados, sofrem essa natureza de violência,

apontando para a necessidade de políticas públicas e de serviços de saúde, entre outros, que ofereçam o apoio necessário frente à questão.

A prevalência VPMPI foi mais baixa do que a encontrada em mulheres da Zona da Mata de Pernambuco, embora seja similar ao relato de violência psicológica de forma exclusiva, pelo menos uma vez na vida, identificado no mesmo estudo.¹⁷ A violência psicológica tem-se destacado nos registros dos serviços especializados de atendimento à mulher. Estudo realizado na Paraíba, em 2015, identificou que 80% dos casos notificados envolviam violência psicológica.²¹ Embora a violência seja identificada em várias localidades, as zonas rurais tendem a apresentar índices mais elevados de violência contra a mulher do que as zonas urbanas.²⁰ Alguns autores atribuem esse fato às relações de gênero, mais desiguais no âmbito rural do que no urbano, posto que mulheres residentes em locais mais isolados, geralmente, contam com uma infraestrutura mais deficitária de serviços de apoio e são menos engajadas em movimentos relacionados a questões de gênero.^{17,22,23} Tais dados corroboram o modelo ecológico que aborda a multifatorialidade associada à ocorrência da violência.²⁴ Apenas características socioeconômicas e comportamentais da mulher podem não explicar com exatidão a violência psicológica, uma vez que o contexto socioambiental da vítima, as características dos parceiros e questões culturais também podem influenciar na ocorrência das agressões.^{2,5}

Conforme evidenciado, as mulheres que relataram já ter recebido diagnóstico de depressão na vida apresentaram 123% maior probabilidade de ter vivido situação de violência psicológica. Estudo de revisão sugere que sintomas depressivos estejam associados à perpetração de violência psicológica e, em alguns casos, sejam preditores.²⁵ No entanto, o estudo em tela apresenta delineamento transversal, de modo que se recomenda cautela na extrapolação desse resultado, pois os dados foram coletados de maneira simultânea. Sendo assim, não é possível preencher o critério de temporalidade para se estabelecer, com precisão, o que antevia: diagnóstico de depressão ou ter vivido situação de violência doméstica; e o que é causa ou efeito, nessa relação.

O uso de bebidas alcoólicas também foi um fator associado com significância estatística, corroborando outros estudos.^{13,26} As mulheres que vivenciam violência psicológica têm seu papel social e autoestima prejudicados,⁵ e o uso de álcool pode ser

uma estratégia para lidar com a situação.²⁷ O uso nocivo de bebidas alcoólicas é um problema de saúde pública adjacente à violência. Há evidências de associação entre álcool e situações de vitimização, embora essas relações não sejam claras. Neste estudo, foi investigado o uso de bebida alcoólica apenas por parte da mulher. Pesquisas recentes sugerem que também seja avaliado o consumo de álcool por parte do agressor,²⁷ e que outros fatores sejam mensurados como, por exemplo, o comportamento antissocial e o consumo de outras substâncias psicoativas.²⁴

O achado de que as mulheres solteiras, divorciadas, separadas ou viúvas apresentaram maior probabilidade para vitimização do que as casadas ou que viviam com companheiro diverge de outros estudos, para os quais as mulheres casadas apresentam maiores prevalências de VPMPI, comparadas às solteiras.^{3,28} É possível elencar algumas hipóteses para esse resultado. Uma primeira hipótese nesse sentido seria a de que a violência psicológica, dentro de relações estáveis, pode ser de difícil reconhecimento.^{5,8} Acredita-se, ainda, que mulheres não envolvidas em uma relação estável podem se colocar disponíveis para um maior número de parceiros, aumentando a probabilidade de encontrar algum parceiro violento; e podem estar mais atentas, para reconhecer e romper o relacionamento violento; entretanto, esses aspectos precisam ser estudados em maior profundidade. Estudo realizado a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Distrito Federal, no período de 2009 a 2012, identificou quase um terço das mulheres que haviam sofrido violência como solteiras.²⁹ Tendo em vista que o presente estudo investigou a ocorrência de violência por parceiro íntimo na vida, possivelmente as diferenças nos achados demonstram que mulheres com história de relações abusivas conseguiram romper com elas em algum momento. Porém, esse rompimento nem sempre aconteceu de forma rápida. Neste estudo, aproximadamente 90% das mulheres vítimas de violência psicológica afirmaram que a relação abusiva teve duração superior a um ano. Esta informação remete a uma reflexão sobre as etapas iniciais dos relacionamentos, quando o casal está mais disposto a integrar e adaptar os modelos de conjugalidade aprendidos em suas famílias de origem,³⁰ mesmo se disfuncionais. Testemunhar violência doméstica cometida por pais e familiares, ainda na infância, pode ser um fator de risco para o envolvimento em relações violentas no futuro, conforme revelou um estudo de revisão.²⁵

O presente estudo não se deteve na avaliação da situação atual de VPMPI e sim em sua ocorrência ao longo da vida. O motivo da adoção dessa premissa foi o entendimento de que uma exposição de tal magnitude pode ter consequências na vida da mulher, não só no curto prazo.²⁴ Contudo, não se pode descartar as limitações da própria aferição. É importante considerar possíveis vieses recordatórios e de informação, além do que, cabe mencionar a possibilidade de subnotificação do desfecho decorrente de dificuldades das mulheres em relatar situações de violência psicológica vivenciadas, bem como a obtenção de dados do uso de álcool na última semana, tão somente, não identificando uso abusivo.

Apesar das limitações mencionadas, trata-se de um estudo de base populacional realizado mediante inquérito domiciliar, com baixo percentual de perdas e recusas, investigando a zona rural de um município com cobertura total da Estratégia Saúde da Família (ESF). Aferir a prevalência de violência psicológica, por meio de um instrumento validado para a população brasileira²² e amplamente utilizado em outros países,² além de favorecer a compreensão dos possíveis fatores associados, permite o planejamento de novas estratégias de prevenção e cuidados primários em saúde visando diminuir a ocorrência de eventos de violência, assim como atenuar seu impacto na vida daquelas mulheres que vivenciaram episódios de violação de direitos. Quanto ao entendimento das mulheres sobre as questões presentes no questionário do WHO-VAW Study, não foi identificada qualquer limitação que comprometesse o andamento da pesquisa. As mulheres entrevistadas compreenderam as perguntas e não demonstraram dificuldades em falar sobre o tema. A questão do domínio e praticidade do questionário corrobora o descrito em estudo que se propôs a validar o instrumento para o português, aplicando-o nas áreas urbana e rural do país.²⁰

Conclui-se que a violência psicológica contra a mulher está presente no perímetro rural do município de Rio Grande, RS, apresentando relação com depressão e uso de álcool, além de afetar diferentes subgrupos. É interessante atentar para o fato de que as prevalências das diferentes formas de violência psicológica identificadas foram inferiores às encontradas no estudo pioneiro na validação do instrumento utilizado,²⁰ realizado há mais de uma década. Contudo, cabe destacar que um país heterogêneo como o Brasil necessita de melhorias na organização de ações e serviços de saúde que atendam a suas peculiaridades regionais. As áreas rurais apresentam contextos

específicos, e as mulheres nelas residentes podem se sentir mais desafiadas a relatar situações de violência e buscar apoio.^{17,22,23}

Finalmente, o estudo salienta a importância de olhar para a violência contra a mulher como um problema de saúde pública também presente na zona rural. Por ser uma questão multifatorial, como pressupõe o modelo ecológico,²⁴ é mister refletir sobre o uso de álcool e a depressão em sua relação complexa – e não unidirecional – com a violência doméstica no contexto rural. Mostra-se necessário o planejamento de políticas e ações intersetoriais e integradas, em regiões rurais, de forma a promover a igualdade de gêneros, a saúde mental e a redução do uso de álcool e outras drogas, ampliando a rede de saúde e assistência social no âmbito rural, além de descentralizar e desburocratizar seu acesso.

Contribuição dos autores

Oliveira ASLA contribuiu na concepção do estudo, revisão de literatura, análise dos dados e redação do manuscrito. Moreira LR contribuiu com a análise dos dados e revisão crítica do manuscrito. Meucci RD coordenou o estudo e contribuiu com a revisão crítica do manuscrito. Paludo SS orientou a proposta do artigo, a análise de dados e a redação, e colaborou na revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflitos de interesses

Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este artigo.

Referências

1. Azambuja MPR, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saude Soc.* 2008;17(3):101-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>.
2. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates.

- Rev Panam Salud Publica. 2019 Mar 20;43:e26. doi:
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>.
3. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. Rev RENE [Internet]. 2013 [acesso 23 ago. 2021];14(4):683–93. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1123/pdf>
 4. Ministério da Saúde (BR). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: MS; 2002. (Série cadernos de atenção básica, n. 8).
 5. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface (Botucatu). 2007;11(21):93-103. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>.
 6. Habib SR, Abdel Azim EK, Fawzy IA, Kamal NN, El Sherbini AM. Prevalence and effects of violence against women in a rural community in Minia Governorate, Egypt. J Forensic Sci. 2011;56(6):1521-7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01886.x>.
 7. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. Rev Saude Publica. 2009;43(6):944-53. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009005000069>.
 8. Mathias AKRA, Bedone AJ, Osis MJD, Fernandes AMS. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do estado de São Paulo. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2013;35(4):185-91. doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032013000400009>.
 9. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(4):920-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400013>.
 10. Vameghi R, Akbari SAA, Majd HA, Sajedi F, Sajjadi H. The comparison of socioeconomic status, perceived social support and mental status in women of

- reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *J Inj Violence Res.* 2018;10: 35-44. doi: <https://doi.org/10.5249/jivr.v10i1.983>.
11. Caballero J, Alfaro M, Nuñez, Y, Torres H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007 [Internet]. *Rev Peru Epidemiol.* 2009 [acesso 23 de ago 2021];13:1-7. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120367006>.
 12. Khalifeh H, Hargreaves J, Howard LM, Birdthistle I. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *Am J Public Health.* 2013;103(3):462-72. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300723>.
 13. Sanz-Barbero B, López Pereira P, Barrio G, Vives-Cases C. Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2018;72(7):611-6. doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209701>.
 14. Sandoval-Jurado L, Jiménez-Báez MV, Rovira Alcocer G, Vital Hernandez O, Pat Espadas FG. Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten Primaria.* 2017;49(8):465–72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.013>.
 15. Gokler ME, Arslantas D, Unsal A. Prevalence of domestic violence and associated factors among married women in a semi-rural area of western Turkey. *Pak J Med Sci.* 2014;30(5):1088-93. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.305.5504>.
 16. Sapkota D, Bhattarai S, Baral D, Pokharel PK. Domestic violence and its associated factors among married women of a village development committee of rural Nepal. *BMC Res Notes.* 2016 Mar 19;9(1):178. doi: <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1986-6>.
 17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitz AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):797-807. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.
 18. Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes

- comunitários de saúde. *Saude Soc.* 2018;27(2):506-17. doi:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro]: IBGE; 2013. Disponível em:
<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>
 20. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica.* 2010;44(4):658-66. doi:
<https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000400009>.
 21. Costa MS, Serafim MLF, Nascimento AR. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um centro de referência de atendimento à mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2015;24(3):551-8. doi:
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300022>.
 22. Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasgupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. *Indian J Public Health.* 2012;56(1):31-6. doi:
<https://doi.org/10.4103/0019-557X.96955>.
 23. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2002;55(9):1603-17. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00294-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00294-5).
 24. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Chapter 4, Violence by intimate partners; p. 87-113.
 25. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse.* 2012;3(2):231-80. doi:
<https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>.
 26. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2007;32(6):1272-83. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.007>.
 27. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014.

- Cad Saude Publica. 2018;34(4):e00062317. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062317>.
28. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. Rev Saude Publica. 2017 Apr 10;51:33. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>.
29. Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. Epidemiol Serv Saude. 2016;25(2):331-42. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012>.
30. Falcke D, Boeckel MG, Wagner A. Violência conjugal: mapeamento do fenômeno no Rio Grande do Sul. Psico. 2017;48(2):120-9. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.2.25148>.

MODELO HIERARQUIZADO DE ANÁLISE

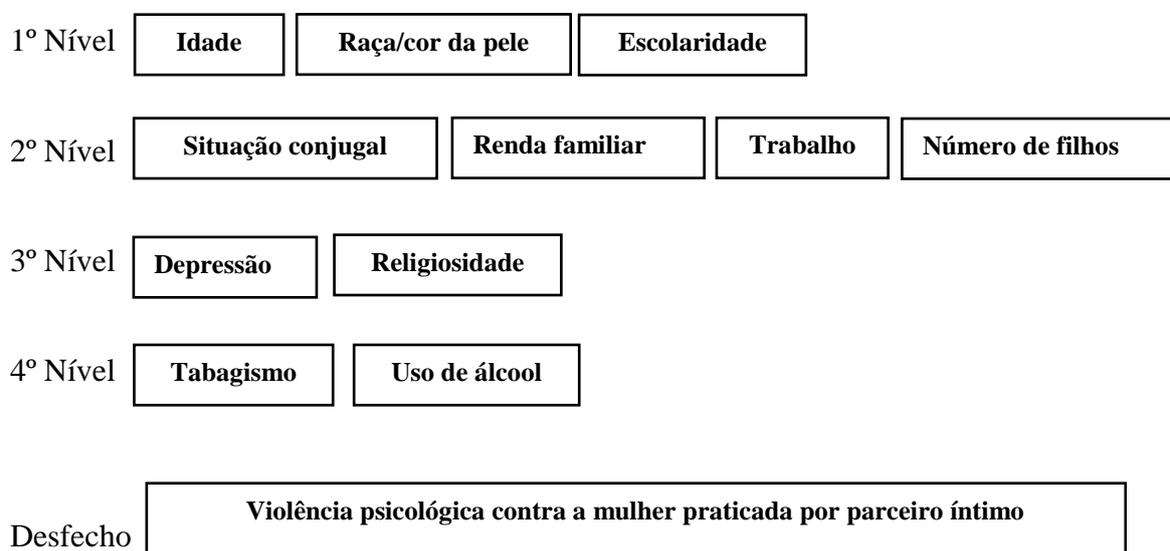


Figura 1 – Modelo hierarquizado de análise para estudo da violência psicológica praticada por parceiro íntimo contra a mulher residente na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa de características das mulheres na idade entre 18 e 49 anos (n=971), residentes na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017

Características	N	%
Idade (anos)		
18-29	332	34,2
30-39	328	33,8
40-49	311	32,0
Raça/cor da pele		
Branca	821	85,9
Preta	66	6,9
Parda	69	7,2
Escolaridade (anos de estudo)		
0-4	212	21,9
5-8	341	35,1
≥9	420	43,0
Situação conjugal		
Casada ou com companheiro	822	84,7
Solteira	103	10,6
Separada, divorciada ou viúva	46	4,7
Renda familiar (quartil)		
Q1 (mais pobres)	181	19,9
Q2	184	20,2
Q3	201	22,2
Q4	171	18,8
Q5 (mais ricos)	172	18,9
Número de filhos		
Nenhum	15	1,8
1	313	37,6
2	295	35,5
3 ou mais	209	25,1

Trabalha		
Não	605	62,3
Sim	366	37,7
Religiosidade		
Não	318	32,8
Sim	652	67,2
Depressão		
Não	710	73,2
Sim	260	26,8
Uso de álcool		
Não	876	90,2
Sim	95	9,8
Tabagismo		
Nunca fumou	665	68,4
Ex-fumante	154	15,9
Fumante	152	15,7

Tabela 2 – Descrição das diferentes formas de violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo, em mulheres na idade entre 18 e 49 anos (n=971), residentes na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017

Variável	n	%	(IC_{95%}^a)
Insultar ou fazer com que se sintam mal a respeito de si mesma			
Não	854	88,0	(85,7;89,9)
Sim	117	12,0	(10,1;14,3)
Humilhar ou depreciar diante de outras pessoas			
Não	869	89,5	(87,4;91,3)
Sim	102	10,5	(8,7;12,6)
Fazer coisas para intimidá-la ou assustá-la de propósito			
Não	873	89,9	(87,8;91,7)
Sim	98	10,1	(8,3;12,2)
Ameaçar machucá-la ou alguém de que ela gostasse			
Não	877	90,5	(88,5;92,2)
Sim	92	9,5	(7,8;11,5)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada (com base em modelo hierárquico^a) para associação entre violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo e variáveis socioeconômicas, comportamentais e de saúde em mulheres na idade entre 18 e 49 anos (n=971), residentes na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017

Características	VPMPI b %	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP ^c (IC _{95%} ^d)	p-valor	RP ^c (IC _{95%} ^d)	p-valor
Idade (anos)			0,504 ^e		0,691 ^e
18-29	18,1	1,00		1,00	
30-39	17,4	0,96 (0,69;1,34)		0,97 (0,70;1,34)	
40-49	16,1	0,89 (0,63;1,25)		0,93 (0,64;1,34)	
Raça/cor da pele			0,165		0,165
Branca	17,4	1,00		1,00	
Preta	10,6	0,61 (0,30;1,25)		0,61 (0,30;1,25)	
Parda	23,2	1,33 (0,84;2,10)		1,33 (0,84;2,10)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,341 ^e		0,358 ^e
0-4	14,2	1,00		1,00	
5-8	18,5	1,31 (0,88;1,95)		1,32 (0,88;1,97)	
≥9	17,7	1,25 (0,85;1,85)		1,25 (0,84;1,85)	
Situação conjugal			<0,001		<0,001
Casada ou com companheiro	15,1	1,00		1,00	
Solteira	28,2	1,87 (1,32;2,65)		1,86 (1,32;2,63)	

Separada, divorciada ou viúva	30,4	2,02 (1,27;3,22)	1,96 (1,23;3,13)
Renda familiar (quartil)			0,188 ^e 0,603 ^e
Q1 (mais pobres)	22,7	1,34 (0,88;2,06)	1,10 (0,68;1,76)
Q2	15,2	0,90 (0,56;1,45)	0,90 (0,53;1,54)
Q3	16,9	1,00 (0,64;1,58)	0,96 (0,58;1,59)
Q4	14,6	0,87 (0,53;1,42)	0,85 (0,50;1,46)
Q5 (mais ricos)	16,9	1,00	1,00
Número de filhos			0,910 ^e 0,558 ^e
Nenhum	13,3	0,70 (0,19;2,61)	0,57 (0,14;2,31)
1	18,5	0,97 (0,67;1,39)	0,90 (0,62;1,31)
2	14,6	0,76 (0,51;1,13)	0,77 (0,52;1,14)
3 ou mais	19,1	1,00	1,00
Trabalha			0,606 0,892
Não	17,7	1,00	1,00
Sim	16,4	0,93 (0,69;1,24)	0,98 (0,70;1,36)
Religiosidade			0,393 0,303
Não	15,7	1,00	1,00
Sim	17,9	1,14 (0,84;1,55)	1,17 (0,87;1,57)
Depressão			<0,001 <0,001
Não	13,0	1,00	1,00
Sim	28,9	2,23 (1,70;2,92)	2,23 (1,70;2,91)

Uso de álcool			0,023	0,018
Não	16,3	1,00	1,00	
Sim	25,3	1,55 (1,06;2,26)	1,53 (1,07;2,17)	
Tabagismo			0,298	0,599
Nunca fumou	15,9	1,00	1,00	
Ex-fumante	19,5	1,22 (0,85;1,76)	1,12 (0,79;1,59)	
Fumante	20,4	1,28 (0,89;1,83)	1,18 (0,83;1,66)	

a) Modelo hierárquico em quatro níveis: Nível 1 – faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade –; Nível 2 – renda familiar, trabalho, situação conjugal e número de filhos –; Nível 3 – autorrelato de diagnóstico de depressão e religiosidade –; Nível 4 – uso de álcool e tabagismo. Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, com as variáveis que se mantiveram no modelo final (p -valor $<0,200$); b) VPMPI: violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo; c) RP: razão de prevalências; d) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; e) Teste de Wald para tendência linear.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.