

# VIOLÊNCIA AUTORREFERIDA EM RIO BRANCO, ACRE: INQUÉRITO POPULACIONAL

---

## SELF-REPORTED VIOLENCE IN RIO BRANCO, ACRE: POPULATION-BASED SURVEY

---

## VIOLENCIA AUTORREFERIDA EN RIO BRANCO, ACRE: ENCUESTA POBLACIONAL

Rozilaine Redi Lago<sup>1</sup>  
Terezinha de Freitas Ferreira<sup>2</sup>  
Rosalina Jorge Koifman<sup>3</sup>  
Pascoal Torres Muniz<sup>4</sup>

Para estimar a prevalência de violência na vida e o risco de sofrer violência em função de variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, este estudo, inserido no inquérito populacional “Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC” realizado entre 2007 e 2008, reuniu, por amostragem estratificada (conglomerados), 1.511 indivíduos com idade  $\geq 18$  anos. Os resultados mostraram que 1/3 da população, caracterizado por mulheres adultas, relatou ter sofrido violência alguma vez na vida; que viviam em união estável, com renda familiar inferior a dois salários mínimos. Nesta população, 20,6% fumavam diariamente, 36,2% eram etilistas, 61,4% sentiam-se deprimidos no último mês e 20% apresentavam limitações no desempenho de atividades cotidianas. A violência esteve associada ao trabalho de baixa renda, relato de acidente de trabalho, fumo diário, etilismo, autopercepção de saúde insatisfatória, a sentir-se deprimido no último mês e presença de limitações no desempenho de atividades. Os achados corroboram a violência como problema multidimensional e a necessidade de estratégias de enfrentamento que integrem políticas públicas intersetoriais.

*PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher. Iniquidades em saúde. Estudos transversais.*

*This study, gathered, by stratified sampling (cluster), 1,511 individuals aged  $\geq 18$  years to estimate the prevalence of violence in life, according to socioeconomic, demographic, behavioral and health variables. About 1/3 of the population reported violence, characterized by adult women who had stable union, with family income less than 2 minimum wage. In this population, 20.6% smoked daily, 36.2% drink alcohol, 61.4% felt depressed in the last month and 20% had limitations in performing daily activities. The violence was associated with low labor income, reporting an accident at work, daily smoking, alcoholism, poor health perception, feeling depressed in the last month and presence of limitations in performance of activities. The findings support violence as a multidimensional problem and the need for coping strategies that integrate intersectoral public policies.*

*KEYWORDS: Violence against women. Health inequities. Cross-sectional studies.*

*Para estimar la prevalencia de la violencia en la vida y el riesgo de violencia de sufrirla en función de variables socioeconómicas, demográficas, de comportamiento y de salud, este estudio, inserto en la encuesta “Salud y Nutrición de Niños y Adultos de Rio Branco – AC” realizado entre 2007 y 2008 reunió, para una muestra estratificada (conglomerados), 1.511 individuos con edades  $\geq 18$  años. Los resultados mostraron que 1/3 de la población,*

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Acre (UFAC) rozilaine@usp.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Ufac. anhez@uol.com.br.

<sup>3</sup> Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora da Fundação Oswaldo Cruz. jorger@ensp.fiocruz.br.

<sup>4</sup> Nutricionista. Doutor em Saúde Pública. Professora da Ufac. pascoaltores@uol.com.br.

*caracterizada por mujeres adultas, declaró haber sufrido violencia en algún momento de la vida; que vivían en unión estable, con un ingreso familiar inferior a dos sueldos base. En esta población, 20,6% fumaba diariamente, 36,2% bebían alcohol, 61,4% se sentía deprimido en el último mes y el 20% presentaba limitaciones para realizar las actividades diarias. La violencia se asoció al trabajo de bajos ingresos, a los accidente de trabajo, al tabaquismo, al alcoholismo, a la autopercepción de una mala de salud, a la depresión sentida en el último mes y a la presencia de limitaciones en las actividades. Los resultados refuerzan la violencia como un problema multidimensional y la necesidad de estrategias que integren políticas públicas intersectoriales de afrontamiento.*

*PALABRAS-CLAVE: Violencia contra la mujer. Las desigualdades en salud. Estudios transversales.*

## INTRODUÇÃO

O entendimento sobre violência, abordada neste estudo, parte do conceito estabelecido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde como “[...] uso intencional da força ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou outra pessoa, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação” (KRUG et al., 2002, p. 5). Configura-se como fenômeno biopsicossocial, desenvolvido no cenário social, agregando uma rede de problemas políticos, econômicos, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas, institucionais e do plano individual. Reconhecida como problema de saúde pública, em função das sequelas orgânicas e emocionais produzidas, tem demandado atenção dos serviços de saúde em todo o mundo (MINAYO; SOUZA, 1999; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2006).

A violência não mais se restringe a determinados nichos sociais, raciais, econômicos e/ou geográficos. Em cada contexto, assume expressões peculiares, segundo agentes, vítimas, local, âmbito ou motivações. Relaciona-se aos distúrbios das transformações sociais: precariedade das condições de vida, desigualdades, urbanização desordenada, mudanças na estrutura e dinâmica da família, no sistema educacional dominante, valores equivocados transmitidos pela comunicação em massa, política mal conduzida, uso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outros (ABRAMOVAY et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

A morbidade gerada pela violência produz incapacidades transitórias ou permanentes,

depressão e mudanças de conduta, podendo levar ao tabagismo, transtornos alimentares, consumo de álcool e drogas, expansão da infecção por HIV, hepatites, câncer de pulmão, além de outros prejuízos, os quais ampliam a carência de cuidados de saúde e o impacto social do problema. A violência produz também repercussões sociais intersetoriais, como o absenteísmo no trabalho e no estudo, custos judiciais e desestruturação familiar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a; WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007).

As lesões por causas externas, incluindo a violência, representam 16% das incapacidades no mundo, são responsáveis por mais de 5 milhões de mortes por ano e compreendem a maior parte das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Esse tipo de violência possui fortes vínculos com a vulnerabilidade social, a qual obstrui o acesso às políticas sociais fundamentais (ABRAMOVAY et al., 2002).

No *ranking* de 67 países que integram o mapa mundial de violência, o Brasil ocupa a 4ª posição nas taxas de homicídio para a população, entre 1993 e 2002 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2004). Na maioria dos países das Américas, a violência representa uma das maiores causas de incapacidades. Na América Latina, a violência cresce em função da deficiente cobertura das políticas sociais e sistema judicial-penitenciário desestruturado (ABRAMOVAY et al., 2002; GARFIELD; LLANTEN MORALES, 2004).

O custo estimado da violência para o Brasil, em 2004, foi de 382 milhões de reais. Foram gastos com a perda de produtividade das vítimas e o restante com prejuízos gerados pela mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

A inclusão de capitais como Porto Velho (RO) e Rio Branco (AC) no grupo daquelas com maior crescimento de homicídios confirma o fenômeno da interiorização da violência e reforça a necessidade de estudos em contextos específicos, a fim de modificar a tendência de disseminação e crescimento (BRASIL, 2006). O estado do Acre, no Norte do Brasil, foi o 4º no *ranking* de Taxa de Mortalidade (TM) por causas externas, em 2004 (64,58 óbitos por 100 000 mil habitantes); as TM por homicídios, somadas às TM por acidentes de trânsito, respondem por quase 73% de todas as mortes por causas externas no Estado (BRASIL, 2006). O Acre encontra-se entre os estados brasileiros com maior crescimento de violência letal intencional (PEIXOTO; LIMA; DURANTE, 2004). Frente à escassez de estudos publicados sobre violência no Acre, estudos de base populacional que caracterizem os eventos violentos em Rio Branco têm o potencial de subsidiar a construção de políticas públicas para o manejo da violência, especialmente sobre a morbidade gerada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b; WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007).

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência autorreferida e verificar a associação deste agravo com características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde de adultos residentes em Rio Branco (AC).

## METODOLOGIA

Este estudo está inserido no inquérito "Saúde e Nutrição de Adultos e Crianças de Rio Branco – AC", realizado por pesquisadores da Universidade Federal do Acre (UFAC) com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Trata-se de um estudo observacional, transversal de base populacional, tendo como unidade de observação o indivíduo que reside no município de Rio Branco (AC). A amostragem foi estratificada por conglomerados e realizada em dois estágios. A seleção da amostra foi baseada no mapa dos setores censitários e no número de domicílios, de acordo com o mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006 e o censo de 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007, 2008).

Dos 250 setores censitários de Rio Branco, 35 foram selecionados para compor a amostra, sendo 31 urbanos e 4 rurais, proporcionais à distribuição populacional por zona de residência e contemplando a diversidade sociodemográfica do município. Considerando a expectativa de densidade média de 2 adultos/domicílio, de cada um dos trinta e cinco setores, cerca de 25 domicílios foram sorteados, totalizando 881 domicílios.

Foram elegíveis para o inquérito todos os indivíduos com idade  $\geq 18$  anos, residentes no domicílio na data do primeiro contato, compreendendo 1.751 indivíduos, dos quais 35 (4,6%) recusaram-se a participar e 241 (13,7%) não responderam, constituindo uma população de estudo com 1.511 indivíduos, sendo 0,52% da população total da cidade (290.639) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Estes responderam as questões do instrumento de pesquisa por meio de entrevistas realizadas no ambiente domiciliar entre outubro de 2007 e outubro de 2008.

A realização do inquérito populacional possibilita a obtenção de informações sobre diversas variáveis de grupos familiares e de indivíduos, concomitante a dados sobre a cobertura dos serviços e estado de saúde, inclusive a autoavaliação, a qual representa um indicador de uso crescente entre os pesquisadores (DACHS, 2002).

O instrumento de coleta de dados reuniu questões do formulário utilizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Inquérito

Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2004), e também daquele usado na pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil: Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (MOURA et al., 2008).

Um questionário pré-codificado foi constituído por perguntas prioritariamente fechadas e algumas abertas, composto de três seções: socio-demográfica e econômica; avaliação do estado de saúde individual com dados de morbidade referida e estilo de vida; e vitimização por violência na vida.

A seção três era introduzida na entrevista após a leitura da definição de violência estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002). Em seguida, o desfecho de interesse deste estudo – violência – foi aferido questionando-se o entrevistado se havia sofrido qualquer tipo de violência alguma vez na vida. Com o propósito de aumentar a capacidade de identificação das situações de violência, foi efetuado treinamento junto à equipe de entrevistadores, enfatizando a padronização das abordagens e postura ética.

A criação, alimentação e correção do banco de dados efetuaram-se utilizando o programa Epi Info, v.6.0. A verificação da consistência e análise dos dados foi realizada usando o pacote estatístico Stata v.10.

Realizou-se a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo de acordo com o relato de vitimização por violência. Para testar a associação entre a vitimização por violência e características sociodemográficas, comportamentais e de saúde foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson. A medida de associação escolhida para estimar o risco de sofrer violência foi a razão de prevalências. Foram consideradas estatisticamente significantes aquelas diferenças com valor de  $p < 0,05$  (IC 95%).

A regressão de Poisson foi escolhida a fim de controlar o efeito do erro aleatório no processo

de registro, contagem populacional e estimação dos valores intercensitários (MARÍN-LEÓN et al. 2007). A concepção holística de violência como fenômeno biopsicossocial fluido, orientou a escolha e inclusão das variáveis no modelo de regressão múltipla de Poisson, conforme apresentaram valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada. Os dados são apresentados em tabelas.

Como os elementos amostrados tiveram probabilidades desiguais de seleção (densidade de indivíduos elegíveis por domicílio variável entre os setores censitários), a análise foi ponderada, considerando uma amostragem complexa.

Ao indivíduo sorteado na amostragem, foi facultada a participação voluntária na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos critérios éticos estabelecidos pela Resolução CNS Nº 196/96 (BRASIL, 1996). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC), processo nº 2307.001150/2007-22. Não foi identificado conflito de interesses na realização deste estudo.

## RESULTADOS

A prevalência global de violência autorreferida na vida foi de 31,5% (476), ou seja, cerca de uma em cada três pessoas da população de Rio Branco (AC) afirmou ter sido vítima de violência em algum momento da vida.

Quanto à distribuição das características sociodemográficas nesta população (Tabela 1), o relato positivo de violência foi maior entre mulheres (51,4%), adultos jovens (34,4%) ou maduros (29,4%) com *status* conjugal com companheiro (54,2%), autodesignados pardos (81,9%), trabalhadores (60,9%), com rendimento familiar mensal inferior a dois salários mínimos (70,4%). O tempo de estudo limitou-se a, no máximo, 10 anos para mais da metade da população (56,5%).

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas da população, segundo relato de violência – Rio Branco (AC) – 2007-2008 (n = 1511\*)

Variáveis	Violência na vida		“p” valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	236 (48,6)	417 (41,7)	0,211
Feminino	240 (51,4)	618 (58,3)	
<b>Faixas etárias</b>			
18-19 anos	45 (9,2)	113 (10,1)	0,172
20-24 anos	82 (18,1)	176 (16,3)	
25-39 anos	170 (34,4)	344 (33,5)	
40-59 anos	135 (29,4)	281 (26,5)	
≥ 60 anos	44 (8,9)	117 (12,6)	
<b>Status conjugal</b>			
Com companheiro	246 (54,2)	559 (54,1)	0,221
Sem companheiro	230 (45,8)	476 (45,9)	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	71(14,0)	179 (15,7)	0,143
Preta	18 (3,8)	53 (7,1)	
Parda	384 (81,9)	791 (76,7)	
Amarela	2 (0,3)	7 (0,5)	
<b>Trabalho remunerado</b>			
Não	189 (39,1)	483 (48,3)	0,000
Sim	287 (60,9)	548 (51,7)	
<b>Renda familiar (em SM**)</b>			
Sem renda	133 (27,2)	316 (31,6)	0,149
Renda<1	60 (14,1)	80 (10,7)	
1≤ renda<2	132 (29,1)	326 (30,5)	
2 ≤ renda<3	57 (11,2)	121 (11,7)	
3 ≤ renda<5	41 (8,4)	65 (6,2)	
5≤ renda<10	29 (5,8)	71 (6,5)	
10≤ renda<20	17 (3,3)	23 (2,0)	
Renda≥ 20	3 (0,5)	8 (0,7)	
<b>Ecolaridade (anos de estudo)</b>			
≥ 11	220 (43,5)	483 (43,0)	0,880
< 11	256 (56,5)	544 (57,0)	
<b>Zona de residência</b>			
Rural	32 (24,4)	81 (25,7)	0,411
Urbana	444 (75,5)	950 (74,3)	

Fonte: Elaboração própria.

\* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

\*\* Salário mínimo vigente entre outubro de 2007 e outubro de 2008.

Quanto às variáveis relativas a comportamentos de risco e percepção de saúde analisadas (Tabela 2), houve diferença entre os grupos, com significância estatística. Cerca de 1/4 da população sofreu acidente de trabalho, 20,6% fumavam diariamente e 36,2% consumiam bebida alcoólica, embora apresentassem uma autopercepção

de saúde satisfatória (91,3%). Quanto à depressão, quase 61% dos indivíduos sentiram-se deprimidos no último mês, enquanto somente 1/4 destes relataram ter diagnóstico médico da doença. Das vítimas de violência, 20% relataram possuir limitações ou dificuldades no desempenho de atividades da vida diária.

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis sobre comportamentos de risco e saúde da população, segundo relato de violência – Rio Branco (AC) – 2007-2008 (n = 1511\*)

Variáveis	Violência na vida		“p” valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Fumo</b>			
Ocasionalmente ou não fuma	382 (79,4)	896 (85,2)	0,014
Diariamente	94 (20,6)	135 (14,8)	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>			
Não	308 (63,8)	741 (73,6)	0,007
Sim	168 (36,2)	294 (26,4)	
<b>Autopercepção de saúde</b>			
Satisfatória	440 (91,3)	975 (93,8)	0,09
Insatisfatória	36 (8,7)	58 (6,2)	
<b>Diagnóstico médico referido de DST</b>			
0	156 (32,9)	479 (45,7)	0,009
1	221 (47,5)	416 (42,0)	
2	93 (18,7)	127 (11,3)	
3	6 (0,9)	9 (1,0)	
<b>Diagnóstico médico referido de depressão</b>			
Não	358 (75,9)	873 (84,3)	0,002
Sim	118 (24,1)	162 (15,7)	
<b>Deprimido no último mês</b>			
Não	186 (38,5)	594 (58,5)	0,000
Sim	290 (61,5)	437 (41,5)	
<b>Limitações/dificuldades nas AVD</b>			
Não	382 (80,0)	904 (86,3)	0,007
Sim	94 (20,0)	132 (13,7)	

Fonte: Elaboração própria.

\* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

Após os ajustes por sexo e idade (Tabela 3), destacam-se razões de prevalências positivas e estatisticamente significativas em situação de trabalho remunerado (RP 1,18), tabagismo (RP 1,29), diagnóstico de, no mínimo, duas DST (RP

1,74), diagnóstico médico de depressão (RP 1,5), sentir-se deprimido no último mês (RP 1,86) e limitações ou dificuldades no desempenho de atividades da vida diária (RP 1,45).

**Tabela 3** – Prevalência de características socioeconômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde e Razões de Prevalência na população – Rio Branco (AC) – 2007-2008 (n = 476\*)

(continua)

Variáveis	n (%)	RP Bruta (IC de 95%)	RP Ajustada (a) (IC de 95%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	240 (28,6)	1	1
Masculino	236 (34,7)	1,21 (0,89;1,64)	1,22 (0,92;1,63)
<b>Faixas etárias</b>			
≥ 60 anos	44 (24,4)	1	
40-59 anos	135 (33,9)	1,39 (0,91;2,12)	1,40 (0,92;2,13)
25-39 anos	170 (32,0)	1,31 (0,95;1,80)	1,32 (0,96;1,81)
20-24 anos	82 (33,6)	1,38 (0,92;2,06)	1,37 (0,90;2,09)
18-19 anos	45 (26,6)	1,09 (0,75;1,58)	1,07 (0,74;1,55)
<b>Status conjugal</b>			
Com companheiro	246 (30,0)	1	1
Sem companheiro	230 (33,1)	1,10 (0,93;1,29)	1,16 (0,98;1,38)

**Tabela 3** – Prevalência de características socioeconômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde e Razões de Prevalência na população – Rio Branco (AC) – 2007-2008 (n = 476\*)

(conclusão)

Variáveis	n (%)	RP Bruta (IC de 95%)	RP Ajustada (a) (IC de 95%)
<b>Cor da pele</b>			
Branca	71(28,9)	1	1
Negra	18 (19,5)	0,67 (0,33;1,35)	0,68 (0,34;1,34)
Parda	384 (32,8)	1,13 (0,88;1,45)	1,10 (0,86;1,41)
Amarela	2 (20,4)	0,70 (0,17;2,86)	0,71 (0,18;2,83)
<b>Trabalho remunerado</b>			
Não	189 (26,9)	1	1
Sim	287 (34,9)	1,29 (1,12;1,49)	1,18 (1,01;1,39)
<b>Renda (em SM**)</b>			
Renda ≥ 20	3 (26,0)	1	1
10 ≤ renda < 20	17 (45,0)	1,72 (0,77;3,86)	1,76 (0,81;3,83)
5 ≤ renda < 10	29 (29,2)	1,12 (0,46;2,68)	1,14 (0,49;2,66)
3 ≤ renda < 5	41 (38,6)	1,48 (0,60;3,60)	1,49 (0,62;3,56)
2 ≤ renda < 3	57 (30,8)	1,18 (0,51;2,69)	1,22 (0,54;2,84)
1 ≤ renda < 2	132 (30,6)	1,17 (0,50;2,73)	1,24 (0,54;2,84)
Renda < 1	60 (37,7)	1,45 (0,60;3,50)	1,56 (0,65;3,75)
Sem renda	133 (28,4)	1,09 (0,47;2,51)	1,18 (0,51;2,76)
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			
≥ 11	256 (31,2)	1	1
≤ 10	220 (31,6)	0,98 (0,81;1,19)	1,00 (0,82;1,21)
<b>Acidente de trabalho</b>			
Não	366 (28,0)	1	1
Sim	110 (50,7)	1,80 (1,44;2,26)	1,81 (1,47;2,22)
<b>Fumo</b>			
Ocasional ou não fuma	382 (29,8)	1	1
Diariamente	94 (38,8)	1,30 (1,06;1,58)	1,29 (1,03;1,61)
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>			
Não	308 (28,3)	1	1
Sim	168 (38,4)	1,35 (1,09;1,22)	1,29 (1,00;1,68)
<b>Autopercepção de saúde</b>			
Satisfatória	440 (30,8)	1	1
Insatisfatória	36 (38,5)	1,25 (0,95;1,64)	1,31 (1,00;1,72)
<b>Diagnóstico médico referido de DST</b>			
0	156 (24,7)	1	1
1	221 (33,9)	1,37 (1,03;1,81)	1,38 (1,05;1,80)
2 ou +	99 (42,3)	1,71 (1,24;2,35)	1,74 (1,30;2,32)
<b>Diagnóstico médico referido de depressão</b>			
Não	358 (29,1)	1	1
Sim	118 (41,0)	1,40 (1,14;1,72)	1,50 (1,23;1,83)
<b>Deprimido no último mês</b>			
Não	186 (23,2)	1	1
Sim	290 (40,1)	1,72 (1,38;2,16)	1,86 (1,51;2,30)
<b>Limitações/dificuldades nas AVD</b>			
Não	382 (29,7)	1	1
Sim	94 (39,9)	1,40 (1,10;1,63)	1,45 (1,22;1,72)
<b>Zona de residência</b>			
Rural	32 (30,2)	1	1
Urbana	444 (31,7)	1,04 (0,93;1,17)	1,04 (0,93;1,16)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: (a) Ajuste por sexo e idade.

\* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

\*\* Salário mínimo vigente entre outubro de 2007 e outubro de 2008.

Na Regressão de Poisson, as variáveis adequadas ao melhor modelo de explicação da vitimização por violência em Rio Branco foram: acidente de trabalho, trabalho remunerado, hábito de etilismo, autopercepção de depressão no último mês e insatisfatória autopercepção

de saúde (Tabela 4). A variável que apresentou maior associação com a vitimização por violência foi a autopercepção de depressão no último mês, com RP de 1,74, controlado o efeito das outras variáveis do modelo sobre o problema.

**Tabela 4** - Modelo de regressão de Poisson final explicativo das características socioeconômicas, demográficas, de comportamentos de risco e saúde associadas à vitimização por violência – Rio Branco (AC) – 2007-2008 (n = 476\*)

Variáveis	n (%)	RP Ajustada (a)
<b>Trabalho remunerado</b>		
Não	189(26,9)	1
Sim	287(34,9)	1,27 (1,10;1,48)
<b>Acidente de trabalho</b>		
Não	366(28,0)	1
Sim	110(50,7)	1,71 (1,41;2,07)
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Não	308(28,3)	1
Sim	168(38,4)	1,27 (1,06;1,51)
<b>Autopercepção de saúde</b>		
Satisfatória	440 (30,8)	1
Insatisfatória	36 (38,5)	1,31 (1,02;1,67)
<b>Deprimido no último mês</b>		
Não	186(23,2)	1
Sim	290(40,1)	1,74 (1,34;2,27)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: (a) RP Ajustadas pelas outras variáveis dos componentes do modelo; IC 95%.

\* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional, com base em inquérito domiciliar sobre a violência em adultos residentes em Rio Branco (AC) e os resultados indicam que parte considerável desta população experimentou, de modo diverso, episódios de violência. A utilização de um questionário multidimensional abordando outros aspectos relacionados à saúde favoreceu a relação de confiança entre entrevistador-entrevistado, permeável à revelação de situações de violência que, em outras circunstâncias, passariam despercebidas. Entretanto, algumas situações de violência podem ter permanecido encobertas, dado o caráter velado e ameaçador do problema.

O inquérito telefônico realizado pelo Senado Federal Brasileiro (BRASIL, 2007) sobre a violência no Brasil e atuação do Estado, com uma amostra probabilística de 1.068 indivíduos maiores de 16 anos em 27 unidades da federação, revelou que 36% dos entrevistados afirmaram ter sido vítimas de violência na vida, uma prevalência que aproxima a capital do Acre das demais capitais brasileiras neste quesito.

A prevalência de violência autorreferida não mostrou diferença significativa entre os sexos, à medida que abordou todo o conjunto de violências agregado. Entretanto, na maior parte dos estudos que consideram tipos específicos de violências, a prevalência entre homens e mulheres é muito variável (BRASIL, 2005; MORAES; APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008).



Se discriminadas as modalidades de violência que compõem a violência global identificada, possivelmente seriam observados contrastes, tais como: 20 a 60% das vítimas de violência intrafamiliar nas Américas são mulheres ou crianças, enquanto os homens são 10 vezes mais afetados que as mulheres pelos homicídios por causas violentas. Esses contrastes epidemiológicos indicam que questões culturais nos papéis de gênero implicam em contextos de vulnerabilidade diferenciados (SOUZA; LIMA, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

Neste estudo, quanto ao *status* conjugal, não houve diferença com significância estatística, embora estudos atestem que mulheres com companheiro têm alta estimativa de risco para sofrer violência física e sexual (SCHRAIBER et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Um indicador do papel da desigualdade social experimentada por aqueles que referiram vitimização por violência em Rio Branco é o predomínio da renda familiar inferior a 2 salários mínimos, corroborando que a concorrência de desvantagens sociais favorece a conformação da violência (CARDIA; SCHIFFER, 2002).

A prevalência de desemprego na população estudada apresentou-se de acordo com o encontrado nas estimativas para o Acre, cerca de 40%. Além das elevadas taxas de fecundidade e prevalência de gravidez precoce ou indesejada observadas na região Norte, sugere-se que este cenário retroalimenta o contexto de violência observado na capital do Acre (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

A morbidade por causas externas supera bastante a respectiva mortalidade; as características de risco social mencionadas são observadas na população de Rio Branco, para a qual as estimativas de risco descritas para o trabalho, com baixa remuneração e desemprego, conformam-se com o contexto de violência observado em conglomerados urbanos (LIMA et al. 2005), superando achados de estudo realizado no cenário social sul-brasileiro (PALAZZO et al., 2008), com uma prevalência global de violência três vezes menor (9,7%).

Concernente à autopercepção de saúde, as razões de prevalência para depressão percebida pelo indivíduo, bem como para limitações ou dificuldades para o desempenho de atividades da vida diária (desde o autocuidado até as laborais), expressam a associação entre essas circunstâncias e o relato positivo de violência, favorecendo a vulnerabilidade e a incapacidade de defender-se diante de eventos violentos pioneiros ou repetidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Essa conjuntura relaciona-se com a representação social que o indivíduo tem de si próprio associada à experiência de violência no universo relacional, influenciando o comportamento e a vulnerabilidade à violência nas próximas fases de vida (ASSIS et al., 2004).

O uso de bebidas alcoólicas interage com o início extremamente precoce em adolescentes, estando associado ao tabagismo e já ter tido relações sexuais (LIMA et al., 2005). A hipótese de que as vítimas de violência apresentariam maior relato de consumo de álcool, em simetria com situação de ansiedade ou vulnerabilidade, as quais precedem ou advêm da vitimização por violência, apoiou-se na RP 1,29 maior para os etilistas. Todavia, se fossem considerados os agressores, possivelmente a estimativa de risco seria maior. Pesquisa efetuada junto a sentenciados apresentou que 36,5% destes tinham problemas com o álcool e a maioria o consumia durante o ato de violência, possivelmente como medida de “encorajamento” ou até desprendimento de valores éticos (BALTIERI; ANDRADE, 2008).

O tabagismo, aliado ao consumo de álcool, autopercepção de depressão no último mês, presença de limitações ou dificuldades no desempenho de atividades, além do diagnóstico de DST, indicam a concorrência de comportamentos de risco e condições que requerem cuidados ampliados nas vítimas de violência de Rio Branco (AC), concordando com publicações de organismos internacionais sobre o tema (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008a; WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007).

## CONCLUSÃO

Estes resultados corroboram as estimativas observadas para outras localidades brasileiras, esboçando um quadro crítico de violência como problema multidimensional e apontam a necessidade de estratégias de enfrentamento que integrem políticas públicas intersetoriais.

A possibilidade de ser entrevistado mais de um indivíduo por domicílio pode ter representado um fator de superestimação, por constituir um grupo exposto a condições semelhantes, embora o tema violência seja velado e difícil de externar, fato que possivelmente diminuiu esse viés.

A diversidade da violência abordada incluiu os diversos tipos de agressão e lesões ocorridos em quaisquer fases da vida. Cada tipo de violência tem uma dinâmica própria e envolve diferentes fatores de risco. Portanto, aqui foram abordados os fatores associados à vitimização por violência na vida e não à vitimização exclusiva a um tipo específico de violência. Sugere-se a ampliação deste estudo a populações peculiares à região amazônica: ribeirinhos, indígenas, comunidades isoladas (acesso geográfico) ou em zona de fronteira, além da exploração de variáveis específicas de violência relacionadas ao agressor, à temporalidade e às modalidades.

Diante dos potenciais custos individuais e sociais da violência para a população de Rio Branco, bem como do aproveitamento dos investimentos públicos e sociais, especialmente aplicados nas fases que antecedem a vida adulta do indivíduo (a exemplo de programas de atenção à saúde materno-infantil, investimentos educacionais e programas sociais de auxílio financeiro), ressalta-se que a prevenção, detecção precoce e enfrentamento das situações de violência sejam destaque entre as prioridades na atenção à saúde, bem como no elenco intersetorial de políticas públicas que, de maneira inovadora, exerçam impacto sobre o problema.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Miriam et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: Unesco; BID, 2002.
- ASSIS, Simone G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v.16, n.1, p.43-51, 2004.
- BALTIERI, Danilo Antônio; ANDRADE, Arthur G. Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.30, n.1, p.25-31, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de Dados – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2006*. Taxas de mortalidade por causas externas. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96, de 9 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm)>. Acesso em: 19 ago. 2006.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- BRASIL, Senado Federal. Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública. *Pesquisa de opinião pública nacional: violência no Brasil*. Brasília, 2007.
- CARDIA, Nancy; SCHIFFER, Sueli. Violência e desigualdade social. *Rev. Ciência e Cultura*, São Paulo, n.1, p.25-31, jul./set. 2002.
- DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.7, p.641-657, 2002.
- GARFIELD, Richard; LLANTEN MORALES, Cláudia P. The public health context of violence in Colombia. *Rev. Panam. Salud Publica*, New York, v.16, n.4, p.266-271, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Rio Branco (2008). Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 5 nov. 2008.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2006*. Rio de Janeiro, 2007.
- KRUG, Etienne G. et al. (Editors). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- LIMA, Maria Luíza C. et al. Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v.18, n.2, p.122-128, 2005.
- MARÍN-LEÓN, Leticia et al. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1089-1097, maio 2007.
- MINAYO, Maria Cecília S.; SOUZA, Edinilza R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.7-32, 1999.
- MORAES, Cláudia L.; APRATTO JUNIOR, Paulo C.; REICHENHEIM, Michael E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2289-2300, 2008.
- MOURA, Erly Catarina et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.11, supl.1, p.20-37, 2008.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Mapa da Violência IV: os jovens do Brasil*. Brasília: Unesco, 2004. Disponível em: <<http://www.coav.org.br/publica/media/Mapa%20da%20Viol%C3%Aancia%20IV.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2008.
- PALAZZO, Lilian S. et al. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, p.622-629, 2008.
- PEIXOTO, Betânia T.; LIMA, Renato Sérgio; DURANTE, Marcelo O. Metodologias e criminalidade violenta no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.18, n.1, p.13-21, 2004.
- SCHRAIBER, Liliam B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.L.; COUTO, Maria Thereza. Violence and health: recent scientific studies. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.spe, p.112-120, 2006.
- SCHRAIBER, Liliam B. et al. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, supl.1, p.127-137, 2008.
- SOUZA, Edinilza R.; LIMA, Maria Luíza C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, p.1211-1222, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*. Washington, D.C., 2008a.
- \_\_\_\_\_. *Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help*. Washington, 2008b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas*. Washington, D.C., 22 al 26 sept. 2003.
- \_\_\_\_\_. *Prevención de lesiones y violencia: guía para los ministerios de salud*. Washington, D.C., 2007.

Submetido: 19/9/2012

Aceito: 22/7/2013