

HUMANAS E SOCIAIS
V.13 • N.1 • 2026 • Publicação Contínua

ISSN Digital: 2316-3801
ISSN Impresso: 2316-3348
DOI: 10.17564/2316-3801.2026v13n1p5-23



VIOÊNCIA CONJUGAL E ESTADO DE SAÚDE DAS MULHERES BRASILEIRAS

MARITAL VIOLENCE AND THE HEALTH STATUS OF BRAZILIAN WOMEN

VIOLENCIA CONYUGAL Y ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES BRASILEÑAS

Ludmilla Gouvêia Gomes¹
Laís de Sousa Abreu Soares²
Evandro Camargos Teixeira³

RESUMO

A violência doméstica é um fenômeno com causas multidisciplinares e que traz danos consideráveis à qualidade de vida das mulheres. Dada sua proeminência entre os casos de violência doméstica, a violência conjugal se destaca, impactando o estado de saúde das mulheres. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo primordial analisar a associação entre violência conjugal e o estado de saúde autorrelatado das mulheres brasileiras. Para tal, são utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 e estimação de modelos Probit Ordenado. Como resultado, foi possível atestar que mulheres em situação de violência conjugal possuem menor probabilidade de considerar seu estado de saúde “muito bom”. Ademais, os efeitos nefastos sobre o estado de saúde são amplificados para mulheres que relatam vitimização conjugal e que são pretas, pardas e indígenas e que possuem menor nível de instrução. Mediante os resultados encontrados, a violência conjugal pode impactar tanto as condições de saúde física quanto mental das mulheres vitimizadas, dada a maior predisposição a lesões e fraturas; transtornos de saúde mental, como ansiedade e depressão; consumo de drogas e álcool; problemas ginecológicos e de saúde reprodutiva; além do maior risco de suicídios.

PALAVRAS-CHAVE

Violência Conjugal. Estado de Saúde. Probit Ordenado. Brasil.

ABSTRACT

Domestic violence is a complex, multidisciplinary phenomenon that significantly harms women's quality of life. Among its various forms, intimate partner violence stands out for its impact on women's health. This study primarily aims to analyze the association between intimate partner violence and the self-reported health status of Brazilian women. For this purpose, data from the 2019 National Health Survey (PNS) were used and Ordered Probit models were estimated. The results indicate that women who experience intimate partner violence are less likely to report their health as "very good." Moreover, the adverse health effects are stronger among women who report partner victimization and identify as Black, Brown, or Indigenous, and among those with lower educational attainment. The findings suggest that intimate partner violence can compromise both physical and mental health, given the increased risk of injuries and fractures; mental disorders such as anxiety and depression; alcohol and drug use; gynecological and reproductive health problems; and a higher risk of suicide.

KEYWORDS

Marital violence; health status; Ordered Probit; Brazil.

RESUMEN

La violencia doméstica es un fenómeno complejo y multidisciplinario que afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres. Entre sus diversas manifestaciones, la violencia conyugal se destaca por su impacto en la salud femenina. El presente estudio tiene como objetivo principal analizar la asociación entre la violencia conyugal y el estado de salud autoinformado de las mujeres brasileñas. Para ello, se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud (PNS) de 2019 y se estimaron modelos Probit Ordenado. Los resultados muestran que las mujeres que experimentan violencia conyugal tienen menor probabilidad de considerar su salud como "muy buena". Además, los efectos negativos sobre la salud son más pronunciados entre las mujeres que reportan victimización conyugal y que se identifican como negras, pardas o indígenas, así como entre aquellas con menor nivel educativo. Los hallazgos sugieren que la violencia conyugal puede afectar tanto la salud física como la mental, debido a la mayor propensión a sufrir lesiones y fracturas; trastornos mentales como ansiedad y depresión; consumo de alcohol y drogas; problemas ginecológicos y de salud reproductiva; y un mayor riesgo de suicidio.

PALABRAS CLAVE

Violencia conyugal. Estado de salud. Probit Ordenado. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um problema endêmico mundial, manifestando-se em diferentes formas e contextos (WHO, 2002). Amiúde, essa modalidade de violência é definida como qualquer ação de agressão ou negligência contra as mulheres e pode resultar em danos psicológicos, físicos ou sexuais. A violência também se caracteriza por meio de ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto em ambientes públicos quanto privados (Lisboa *et al.*, 2005).

Historicamente, a violência transcende desde os períodos coloniais (Chauí, 1980), a partir de uma hierarquia com estereótipos e dinâmicas de privilégio claramente delineados, atribuindo ao gênero masculino uma imagem de magnificência e relegando, simultaneamente, a figura feminina a uma posição subalterna. Essa dinâmica hierárquica é instrumental na explicação da proeminência da violência doméstica contra a mulher, já que a inferioridade imputada às mulheres e a presença de dinâmicas autoritárias por parte dos homens propiciam um ambiente favorável para a proliferação desse fenômeno (Ianni, 2004).

Importante destacar que, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), os maiores registros de queixas de violência doméstica contra as mulheres se referem à violência conjugal. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, entre 20% e 50% das mulheres em todo o mundo vivenciam violência física e/ou sexual por parte de seus parceiros ou ex-parceiros (WHO, 2002; Ellsberg *et al.*, 2008).

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a violência conjugal, também denominada violência por parceiro íntimo, compreende atos físicos, sexuais ou psicológicos cometidos por cônjuge, companheiro(a), ex-parceiro(a) ou namorado(a), dentro ou fora da coabitação. No mesmo sentido, a violência sexual é entendida como qualquer ato sexual forçado, tentativa de obter relação sexual por coerção ou ação dirigida contra a sexualidade de uma mulher mediante intimidação ou ameaça (WHO, 2002).

Essa concepção, adotada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), reconhece que tais práticas decorrem de relações marcadas por coerção, controle e desigualdade de poder (Chauí, 1980; Ianni, 2004) e podem comprometer simultaneamente as condições de saúde física e mental das mulheres (Ellsberg *et al.*, 2008; Mohammadi *et al.*, 2023).

Posto isso, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) reconhece a violência como um desafio significativo para a saúde pública (Brasil, 2005). Dessa forma, alguns estudos confirmam a associação entre a exposição à violência conjugal e a piora do estado de saúde das mulheres (Ellsberg *et al.*, 2008; Cruz; Irffi, 2019; Mohammadi *et al.*, 2023).

No que tange especificamente o domínio da saúde mental, a violência conjugal está fortemente associada ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão (Lourenço; Costa, 2020). O ambiente de constante medo e a sensação de impotência vivenciados pelas vítimas são fatores desencadeantes e agravantes desses transtornos. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é outra condição mental frequentemente diagnosticada em mulheres que sofreram violência conjugal, caracterizado por transtornos de sono e hiperatividade, que comprometem a qualidade de vida (Fortes *et al.*, 2024; Cruz; Irffi, 2019; WHO, 2002).

A literatura identifica ainda relações significativas entre a violência conjugal e o abuso de substâncias, especialmente nos estudos de Edwards *et al.* (2023) e Mohammadi *et al.* (2023). Nesse sentido, muitas mulheres recorrem ao álcool e drogas como mecanismos de enfrentamento ao estresse e ansiedade (Edwards *et al.*, 2023). Outro impacto crítico da violência conjugal no estado de saúde mental das mulheres é a elevada taxa de ideação e tentativas de suicídio. O desespero e a sensação de estarem confinadas em relacionamentos abusivos aumentam significativamente o risco de suicídio entre as vítimas de violência doméstica (Mohammadi *et al.*, 2023).

No que se refere às condições de saúde físicas, as lesões diretas decorrentes da violência são uma das implicações mais imediatas e visíveis. Mulheres em situação de violência conjugal frequentemente sofrem contusões, fraturas e outras lesões traumáticas, incluindo traumatismos cranioencefálicos e lesões internas (Puoeng; Tsawe, 2024).

Adicionalmente, problemas ginecológicos e de saúde reprodutiva são também comumente associados à violência conjugal. A violência sexual, uma forma comum de abuso no contexto doméstico, tende a elevar a incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), disfunções menstruais, dor pélvica crônica e complicações na gravidez. A coerção reprodutiva, onde o autor da violência interfere no uso de métodos contraceptivos pela mulher, resulta em taxas mais elevadas de gravidez indesejada e aborto (Mohammadi *et al.*, 2023).

Diante dos fatores elencados, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre a violência conjugal, forma mais recorrente de violência doméstica, e o estado de saúde autorrelatado das mulheres brasileiras, com base nos dados da PNS 2019. Embora existam estudos que abordem a relação entre violência de gênero e saúde física ou mental (Ellsberg *et al.*, 2008; Ludermir *et al.*, 2010; Cruz; Irffi, 2019; Lourenço; Costa, 2020), ainda são raras as investigações que integram simultaneamente a violência conjugal e a autopercepção de saúde no contexto brasileiro. Busca-se, assim, estimar a associação entre a vivência de violência conjugal e a autopercepção de saúde, bem como identificar como esse efeito varia conforme nível de instrução e raça/cor, discutindo suas implicações para políticas públicas de promoção da saúde e enfrentamento da violência de gênero.

Essa sobreposição de desigualdades evidencia a importância da perspectiva da interseccionalidade, entendida como a interação entre diferentes marcadores sociais, tais como gênero, raça/cor e nível de escolaridade, que produzem experiências específicas de vulnerabilidade (Crenshaw, 1989; Collins, 2000). Tal abordagem amplia a compreensão dos efeitos da violência conjugal ao revelar como múltiplas opressões se articulam e agravam as desigualdades em saúde entre as mulheres brasileiras.

Ademais, o método utilizado, estimação do modelo Probit Ordenado, considera a ordenação que elas fazem sobre seu estado de saúde, abordagem ainda pouco explorada na literatura nacional sobre o tema. Para sua consecução, o trabalho está dividido em mais três seções, além dessa seção introdutória. Na próxima seção, apresenta-se a seção metodológica, seguida dos resultados e discussão, além das considerações finais.

2 METODOLOGIA

2.1 DADOS

Nessa pesquisa, foi desenvolvida uma análise quantitativa, transversal e descritiva a partir da base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Realizada em duas edições, em 2013 e 2019, a PNS é um inquérito abrangente conduzido em todo o país pelo Ministério da Saúde, em colaboração com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por meio da PNS, são divulgados dados em âmbito nacional que fornecem uma visão detalhada das condições de saúde e dos estilos de vida da população brasileira. No presente estudo, foram utilizados os dados mais recentes, correspondentes à edição de 2019 da PNS (IBGE, 2021). A amostra específica para este trabalho compreendeu 18.384 observações.

2.2 ESTRATÉGIA ECONOMETRICA

O presente estudo destaca como problema de pesquisa a análise da relação entre a violência conjugal contra a mulher e o estado de saúde individual. A utilização do modelo Probit Ordenado justifica-se pela natureza da variável dependente considerada, que se refere ao estado de saúde individual das mulheres. Esta variável assume cinco categorias ordenadas: “muito ruim”, “ruim”, “regular”, “boa” e “muito boa”.

Dada essa característica, é fundamental a utilização do modelo Probit Ordenado, pois ele considera não apenas a relação entre as covariáveis e os diferentes níveis de estado de saúde autorreportados, mas também estima as probabilidades associadas a cada categoria do estado de saúde de forma ordenada. O modelo Probit Ordenado é amplamente empregado em situações em que a variável dependente é categórica e hierarquicamente ordenada (Wooldridge, 2010; Greene, 2018) e tem sido utilizado em estudos que analisam a autopercepção de saúde e seus determinantes socioeconômicos (Maia; Rodrigues, 2010; Cruz; Irffi, 2019).

A principal variável explicativa, *vdc*, indica a ocorrência de violência doméstica e que particularmente considera a violência conjugal, dada sua proeminência. Ela assume valor igual a 1 se a mulher relatou já ter sofrido alguma modalidade de violência considerada (psicológica, física ou sexual) e se o perpetrador do ato foi cônjuge ou companheiro; ex-cônjuge ou ex-companheiro; parceiro, namora-

do, ex-parceiro ou ex-namorado. Além disso, as demais variáveis explicativas referem-se a aspectos socioeconômicos adicionais, tais como nível de escolaridade, cor, idade, renda e local de residência, entre outros, relacionados ao estado de saúde individual das mulheres.

Assim, tendo em vista a variável dependente e as variáveis explicativas, selecionadas a partir da literatura relativa ao tema, a equação (1), aponta o modelo a ser estimado, sendo que i corresponde a cada mulher e u é o termo de erro.

$$estsaudei = 0 + 1 * vdc m + a2 * cori + a3 * urbanoi + a4 * pesdomi + a5 * idadei + a6 * nor tei + a7 * nor destei + a8 * sud estei + a9 * centro _ o estei + a10 * fundincompi + a11 * fundcompi + a12 * medincompi + a13 * medcompi + a14 * supincompi + a15 * supcompi + a16 * planosau dei + a17 * rendpci + ui (1)$$

Posteriormente, são estimados dois modelos adicionais com inserção das *dummies* de interação. O objetivo dessas *dummies* é captar a associação específica das variáveis interagidas e o estado de saúde autorreportado pelas mulheres. Tais *dummies* consideram a interação entre mulheres que relataram ter sofrido violência conjugal e que são pretas, pardas e indígenas; além da que inclui a interação entre mulheres que relataram ter sofrido violência conjugal e que têm menor nível de instrução (sem instrução e que possuem fundamental incompleto).

No Quadro 1, são delineadas as variáveis inseridas na estimação do modelo econométrico Probit Ordenado, incluindo sua descrição e os sinais esperados conforme a literatura em relação a categoria mais elevada da variável dependente, “muito bom”.

Quadro 1 – Descrição das variáveis inseridas na estimação econométrica

Variável	Descrição	Sinal Esperado
estsau de	Variável multinomial que assume valor igual a 1 caso a mulher considere seu estado de saúde muito ruim; 2 caso ela o considere ruim; 3 caso considere regular; 4 caso considere bom; e 5 caso ela o considere muito bom.	Variável dependente
vdc m	Assume valor igual a 1 se a mulher relatou já ter sofrido algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) e se o perpetrador do ato foi cônjuge ou companheiro; ex-cônjuge, ex- companheiro, parceiro, namorado, ex-parceiro, ex-namorado.	Negativo, de acordo com Ellsberg <i>et al.</i> (2008).
vdcmbxnivinst	Dummy de interação entre mulheres que relataram terem sofrido violência conjugal e possuem baixo nível educacional (sem instrução e fundamental incompleto).	Negativo, de acordo com Quintas (2023) e Schraiber <i>et al.</i> (2007).
vdc mnegra	Dummy de interação entre mulheres que relataram terem sofrido violência conjugal e se identificam como pretas, pardas e indígenas.	Negativo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).

Variável	Descrição	Sinal Esperado
norte	Assume valor igual a 1 se a mulher reside na região Norte, e 0, caso contrário.	Negativo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).
nordeste	Assume valor igual a 1 se a mulher reside na região Nordeste, e 0, caso contrário.	Negativo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).
centro_oeste	Assume valor igual a 1 se a mulher reside na região Centro-Oeste, e 0, caso contrário.	Negativo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).
sul	Assume valor igual a 1 se a mulher reside na região Sul, e 0, caso contrário.	(Referência)
sudeste	Assume valor igual a 1 se a mulher reside na região Sudeste, e 0, caso contrário.	Negativo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).
urbano	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que reside na área urbana, e 0, caso more na área rural.	Ambíguo, de acordo com Arruda, Maia e Alves (2018).
idade	Idade em quantidade de anos.	Negativo, de acordo Asraoui, Khassouani e Soulaymani (2023).
cor	Assume valor igual a 1 para mulheres brancas e amarelas, e 0, para mulheres pretas, pardas ou indígenas.	Positivo, de acordo com Nery <i>et al.</i> (2024).
pesdom	Número de indivíduos residentes no domicílio.	Negativo, de acordo com Iriart <i>et al.</i> (2008).
plasaude	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que possui plano de saúde e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Campos <i>et al.</i> (2005).
seminstrucao	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu não possuir instrução formal e 0, caso contrário.	(Referência)
fundincomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino fundamental incompleto e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).
fundcomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino fundamental completo e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).

medincomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino médio incompleto e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).
medcomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino médio completo e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).
supincomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino superior incompleto e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).
supcomp	Assume valor igual a 1 se a mulher respondeu que o maior nível educacional é ensino superior completo e 0, caso contrário.	Positivo, de acordo com Quintas (2023).
rendpc	Rendimento domiciliar per capita, sendo os outliers (valores acima de R\$ 30.000,00) retirados da amostra.	Positivo, de acordo com Maia e Rodrigues (2010).

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, é importante ressaltar que os pesos amostrais foram considerados na estimação econométrica, conforme recomendam as práticas em análises baseadas em inquéritos populacionais (IBGE, 2021; Wooldridge, 2010). Ademais, para interpretar estatisticamente os resultados são reportados os efeitos marginais para cada categoria da variável dependente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de investigar as principais características da amostra considerada no estudo, que como supracitado corresponde a 18.384 observações, esta subseção apresenta a análise descritiva das variáveis inseridas na estimação econométrica. Dessa forma, a Tabela 1 aponta as estatísticas descritivas, referentes a média, desvio padrão, valores máximos e mínimos das variáveis.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas

Variável	Observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
estsaudef	18.384	3,7730	0,7832	1	5
vdcmm	18.384	0,0759	0,2648	0	1
cor	18.384	0,3809	0,4856	0	1
vdcmmnegra	18.384	0,0501	0,2183	0	1
urbano	18.384	0,8759	0,3296	0	1

Variável	Observações	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
idade	18.384	42,11	12,5959	18	98
pesdom	18.384	2,96	1,3880	1	13
norte	18.384	0,1795	0,3838	0	1
nordeste	18.384	0,3121	0,4634	0	1
sudeste	18.384	0,2446	0,4299	0	1
sul	18.384	0,1358	0,3427	0	1
centro_oeste	18.384	0,1278	0,3340	0	1
seminstrucao	18.384	0,0246	0,1550	0	1
fundincomp	18.384	0,2041	0,4031	0	1
fundcomp	18.384	0,0658	0,2479	0	1
medincomp	18.384	0,0591	0,2359	0	1
medcomp	18.384	0,3271	0,4692	0	1
supincomp	18.384	0,0580	0,2339	0	1
supcomp	18.384	0,2610	0,4392	0	1
vdcmbxnivinst	18.384	0,0178	0,1324	0	1
plasaude	18.384	0,2829	0,4504	0	1
rendpc	18.384	1.738,20	2275,06	10	29000

Fonte: Elaboração própria.

Conforme já evidenciado, a variável dependente, *estsaudef*, apresenta ordenação, variando de 1 a 5, onde os valores 1 e 5 apresentam as extremidades “muito ruim” e “muito bom”, respectivamente. A partir da Tabela 1, é possível atestar que a média do estado de saúde autorreportado foi de 3,77. Por sua vez, aproximadamente 7,6% das mulheres reportaram ter sido vítimas de violência conjugal. Ademais, 5,01% das observações corresponderam a mulheres pretas, pardas e indígenas que indicaram ter sido vitimizadas. Além disso, 38,09% das mulheres se identificaram como brancas e amarelas.

No que diz respeito à área de residência, verifica-se que grande parte das mulheres residiam na zona urbana, correspondendo a 87,60%. Em relação a idade, é possível verificar que a média foi de aproximadamente 42 anos, com uma ampla dispersão, variando de 18 a 98 anos. A média de indivíduos por domicílio foi de 2,97, com variação de 1 a 13 pessoas por unidade domiciliar. A distribuição regional dos entrevistados reflete a diversidade geográfica da amostra, já que 17,9% das mulheres residem na região Norte, 31,2% no Nordeste, 24,4% no Sudeste, 13,6% no Sul, e 12,8% no Centro-Oeste.

Em termos de nível educacional, observa-se que 2,4% delas relatou não ter nenhum tipo de instrução, 20,4% das mulheres indicaram ter, no máximo, o ensino fundamental incompleto. No que se refere ao fundamental completo, o percentual foi de cerca de 6,6% das mulheres, enquanto 5,9% e 32,7% delas reportaram ter o ensino médio incompleto e completo, respectivamente. Por sua vez, 5,81% das mulheres consideradas na amostra possuem ensino superior incompleto, enquanto 26,10% completaram o ensino superior.

No que concerne a *dummy* de interação *vdcm**bxnivinst*, 1,78% das mulheres relataram ter sido vítimas de violência conjugal e possuem baixo nível de instrução (sem instrução e fundamental incompleto). Adicionalmente, 28,3% das mulheres consideradas na amostra possuem plano de saúde e a média do rendimento domiciliar per capita foi de aproximadamente 1.738,20.

A Tabela 2, por seu turno, apresenta as estimativas dos efeitos marginais do modelo Probit Ordenado para cada categoria da variável dependente, o que permite a interpretação estatística dos resultados encontrados. Para fins de simplificação da análise, são interpretados apenas os efeitos marginais relativos à categoria mais elevada da variável dependente, estado de saúde “muito bom”.

Tabela 2 – Efeitos Marginais estimados do modelo Probit Ordenado

Variáveis	Categoria 5 (“Muito Bom”)	Categoria 4 (“Bom”)	Categoria 3 (“Regular”)	Categoria 2 (“Ruim”)	Categoria 1 (“Muito Ruim”)
vdcm	-0,0379*** (0,0112)	-0,0129*** (0,0041)	0,0386*** (0,0120)	0,0086*** (0,0027)	0,0035*** (0,0011)
cor	0,0294*** (0,0072)	0,0100*** (0,0024)	-0,0300*** (0,0073)	-0,0067*** (0,0016)	-0,0028*** (0,0007)
urbano	0,0261*** (0,0083)	0,0089*** (0,0028)	-0,0266*** (0,0084)	-0,0059*** (0,0019)	-0,0024*** (0,0008)
idade	-0,0038*** (0,0003)	-0,0013*** (0,0001)	0,0039*** (0,0003)	0,0009*** (0,0001)	0,0004*** (0,0000)
pesdom	-0,0058** (0,0024)	-0,0020** (0,0008)	0,0059** (0,0025)	0,0013** (0,0006)	0,0005** (0,0002)
norte	-0,0808*** (0,0100)	-0,0275*** (0,0037)	0,0824*** (0,0102)	0,0184*** (0,0025)	0,0076*** (0,0011)
nordeste	-0,0863*** (0,0093)	-0,0294*** (0,0037)	0,0879*** (0,0095)	0,0197*** (0,0024)	0,0081*** (0,0012)
sudeste	-0,0278*** (0,0089)	-0,0095*** (0,0033)	0,0284*** (0,0092)	0,0063*** (0,0021)	0,0026*** (0,0009)
centro_ oeste	-0,0280*** (0,0104)	-0,0095*** (0,0036)	0,0286*** (0,0106)	0,0064*** (0,0024)	0,0026*** (0,0010)

Variáveis	Categoria 5 (“Muito Bom”)	Categoria 4 (“Bom”)	Categoria 3 (“Regular”)	Categoria 2 (“Ruim”)	Categoria 1 (“Muito Ruim”)
fundin-comp	0,0257NS (0,0205)	0,0088NS (0,0070)	-0,0262NS (0,0209)	-0,0059NS (0,0047)	-0,0024NS (0,0019)
fundcomp	0,0757*** (0,0234)	0,0258*** (0,0799)	-0,0771*** (0,0238)	-0,0172*** (0,0053)	-0,0071*** (0,0023)
medincomp	0,0680*** (0,0236)	0,0231*** (0,0080)	-0,0693*** (0,0240)	-0,0155*** (0,0054)	-0,0064*** (0,0023)
medcomp	0,1026*** (0,0206)	0,0349*** (0,0071)	-0,1045*** (0,0208)	-0,0234*** (0,0048)	-0,0096*** (0,0021)
supincomp	0,1093*** (0,0248)	0,0372*** (0,0086)	-0,1114*** (0,0251)	-0,0249*** (0,0058)	-0,0102*** (0,0025)
supcomp	0,1491*** (0,0214)	0,0507*** (0,0078)	-0,1519*** (0,0217)	-0,0340*** (0,0052)	-0,0139*** (0,0024)
plasaude	0,0208** (0,0082)	0,0071** (0,029)	-0,0212** (0,0084)	-0,0047** (0,0018)	-0,0019** (0,0008)
rendpc	0,00001*** (0,0000)	0,0000*** (0,0000)	-0,00001*** (0,0000)	-0,0000*** (0,0000)	-0,0000*** (0,0000)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *** significativo a 1%; ** significativo a 5%; * significativo a 10%; NS não significativo; erros padrão entre parênteses.

No que diz respeito à principal variável explicativa (*vdcm*), verifica-se que mulheres que relataram vivenciar violência conjugal apresentam probabilidade 3,79 pontos percentuais (p.p.) menor de autoavaliar seu estado de saúde como “muito bom”, resultado estatisticamente significativo a 1%. Esse resultado está em consonância com a literatura internacional (Ellsberg *et al.*, 2008) e com estudos nacionais (Schraiber *et al.*, 2007; Lucena *et al.*, 2016).

Como exercício de robustez, o modelo foi reestimado na forma de Logit Ordenado, mantendo a mesma amostra e especificação utilizadas na estimação principal. O coeficiente associado à variável *vdcm* permaneceu negativo e estatisticamente significativo a 1%, com efeito marginal estimado em aproximadamente 3,79 pontos percentuais (p.p.) de redução na probabilidade de as mulheres avaliarem seu estado de saúde como “muito bom”. Tal resultado reforça a estabilidade e a consistência dos resultados encontrados.

Esse resultado pode ser explicado por mecanismos identificados na literatura sobre violência conjugal e saúde, como o aumento do estresse crônico e da vulnerabilidade emocional (Ellsberg

et al., 2008; Ludermir *et al.*, 2010; Mohammadi *et al.*, 2023). De forma mais ampla, ele evidencia que a vivência de violência conjugal deteriora a autopercepção das condições gerais de saúde, corroborando os estudos que apontam os efeitos multidimensionais da violência doméstica (Ellsberg *et al.*, 2008; Schraiber *et al.*, 2007). Tais evidências demonstram a complexidade do fenômeno, comprovando que a violência conjugal não impacta apenas as condições físicas das mulheres, mas também seu estado de saúde mental, refletindo-se na forma como elas relatam sua condição em avaliações subjetivas (Ludermir *et al.*, 2010).

Além do componente físico e emocional, o padrão observado expressa dimensões estruturais e simbólicas que sustentam a persistência da violência conjugal. Conforme argumenta Bourdieu (1999), a dominação masculina se perpetua por meio de mecanismos simbólicos de legitimação da desigualdade, que naturalizam formas de submissão feminina no cotidiano. Chaui (1980) e Ianni (2004) destacam que relações patriarcais e autoritárias estão na base da reprodução social dessa violência, o que aprofunda seus efeitos sobre o bem-estar físico e emocional das mulheres. Assim, a pior autopercepção de saúde entre as vítimas não se limita às consequências físicas ou mentais imediatas, mas expressa o impacto de relações de poder e desigualdade historicamente enraizadas, nas quais o corpo feminino se torna também território de dominação e vulnerabilidade.

Com relação às demais variáveis explicativas, em comparação com as mulheres sem instrução (categoria de referência), aquelas com ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo possuem probabilidade mais elevada de reportarem estado de saúde “muito bom” em 7,57 p.p., 6,8 p.p., 10,26 p.p., 10,93 p.p. e 14,91 p.p., respectivamente. Essa associação também reflete o papel da educação como instrumento de emancipação social e de ampliação da autonomia feminina. Ao favorecer o acesso ao mercado de trabalho e à informação, a escolaridade contribui para reduzir a dependência econômica em relações abusivas, mitigando riscos de vitimização e de agravamento das condições de saúde (Quintas, 2023; Collins, 2000).

No que tange as *dummies* regionais, mulheres residentes nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste possuem menor probabilidade de apontarem que seu estado de saúde é “muito bom” em 8,08 p.p., 8,63 p.p., 2,78 p.p. e 2,80 p.p., quando comparadas às que moram na região Sul. Esse resultado reflete as desigualdades históricas e estruturais brasileiras, relacionadas ao acesso desigual aos serviços de saúde, à infraestrutura e às políticas públicas, o que é refletido na percepção mais favorável das sulistas sobre seu estado de saúde (Marmot; Wilkinson, 2005). Por sua vez, mulheres que residem em áreas urbanas têm a probabilidade de relatar que seu estado de saúde é “muito bom” em 2,61 p.p., dado o maior acesso a serviços de saúde, infraestrutura mais desenvolvida e melhores condições de vida.

Essas disparidades regionais ilustram como as desigualdades territoriais brasileiras, associadas à distribuição desigual de renda, infraestrutura e políticas públicas, interferem diretamente na percepção de bem-estar e na capacidade de acesso a serviços essenciais (Marmot; Wilkinson, 2005; Maia; Rodrigues, 2010).

Além disso, a variável relativa à idade apresentou efeito marginal negativo, reduzindo em 0,38 p.p. a probabilidade de que as mulheres relatem que seu estado de saúde é “muito bom”. Esse resultado está alinhado com a literatura sobre envelhecimento e vulnerabilidade social, uma vez que o acúmulo

de desvantagens ao longo do ciclo de vida tende a se refletir em piores condições de saúde física e emocional entre as mulheres idosas (Marmot; Wilkinson, 2005).

No que diz respeito à variável cor/raça, as mulheres que se identificam como brancas e amarelas apresentam maior probabilidade de relatar seu estado de saúde como “muito bom” em 2,94 p, quando comparadas a mulheres pretas, pardas e indígenas. Tal diferença reforça a presença do racismo estrutural como determinante social da saúde, conforme argumentam Collins (2000) e Crenshaw (1989), ao apontarem que as opressões de gênero e raça se entrelaçam e intensificam a vulnerabilidade das mulheres negras e indígenas.

No que se refere aos planos de saúde, mulheres que os possuem têm probabilidade mais elevada de reportarem seu estado de saúde como “muito bom” em 2,08 p.p. em relação àquelas que não têm plano. Esse efeito indica o papel central da cobertura de saúde como mediador das desigualdades socioeconômicas, reafirmando que o acesso aos serviços privados de saúde continua sendo um marcador de desigualdade no Brasil (Cruz; Irffi, 2019).

Por sua vez, o maior número de pessoas no domicílio reduz a probabilidade de que as mulheres apontem que seu estado de saúde é “muito bom” em 0,58 p.p. Este resultado está relacionado ao aumento das responsabilidades domésticas das mulheres e a maior escassez, dada a diluição dos recursos (Iriart *et al.*, 2008).

Já a elevação do rendimento domiciliar per capita aumenta a probabilidade de que as mulheres considerem seu estado de saúde como “muito bom”, o que está relacionado ao acesso mais elevado a cuidados com a saúde de qualidade, alimentação saudável e melhores condições de vida em geral (Cuevas *et al.*, 2018). Além disso, o rendimento mais elevado tende a fortalecer o senso de controle e de bem-estar subjetivo, fatores intimamente ligados à percepção positiva de saúde e qualidade de vida (Cutler; Lleras-Muney, 2010).

Após a análise do modelo geral (TABELA 2), discute-se os resultados dos modelos estimados em que as *dummies* de interação foram inseridas, vide Tabela 3. No que tange à *dummy* de interação *vdcmnegra*, o resultado aponta que mulheres negras, pardas e indígenas em situação de violência conjugal têm menor probabilidade de relatar seu estado de saúde como “muito bom” em 3,69 p.p., o que está relacionado à combinação entre vitimização e pertencimento a grupos raciais historicamente marginalizados.

Este resultado está alinhado com o que foi encontrado por Nery *et al.* (2024), que apontam que a sobreposição de fatores de vulnerabilidade relacionados ao racismo estrutural e à desigualdade de gênero amplificam os impactos da violência doméstica, agravando os efeitos sobre as condições de saúde física e emocional das mulheres.

Adicionalmente, verificou-se que aquelas com menor nível de instrução têm menor probabilidade de perceber seu estado de saúde como “muito bom” em aproximadamente 10,77 p.p., o que está em consonância com Ellsberg *et al.* (2008).

Esses resultados ilustram de forma empírica o princípio da interseccionalidade (Crenshaw, 1989; Collins, 2000), ao demonstrarem que a combinação de desigualdades raciais, educacionais e de gênero amplifica as desvantagens em saúde enfrentadas pelas mulheres em situação de violência conjugal. As autoras destacam que a dependência econômica, a limitação de acesso a informações de

saúde e o suporte inadequado restringem a capacidade de essas mulheres buscarem tratamento e apoio após situações de violência.

Tabela 3 – Efeitos Marginais para os modelos que consideram as dummies de interação⁴

Variável	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
vdcmnegra	-0,0369** (0,146848)	-0,0126** (0,050781)	0,0376** (0,14972)	0,0084** (0,033942)	0,0034** (0,01407)
vdcmboxnivinst	-0,1077*** (0,230963)	-0,0382*** (0,08406)	0,1110*** (0,237334)	0,0248*** (0,024243)	0,0084*** (0,054029)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *** significativo a 1%; ** significativo a 5%; * significativo a 10%; NS não significativo; erros padrão entre parênteses.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar a associação entre a violência conjugal, entendida como a forma de violência doméstica exercida por parceiro íntimo, e o estado de saúde autorrelatado pelas mulheres brasileiras. Para tal, foi adotada uma abordagem quantitativa, por meio da estimação de modelos Probit Ordenado e dados da PNS de 2019, que permitiram capturar as relações não lineares e a natureza ordinal da variável dependente, no caso a percepção autorrelatada a respeito do estado de saúde das mulheres.

Os resultados indicaram que a vivência de violência conjugal está associada a uma menor probabilidade de autoavaliação do estado de saúde como “muito bom”, reforçando que a violência doméstica impacta negativamente tanto as condições físicas quanto mentais das mulheres. Os mecanismos que sustentam essa relação envolvem múltiplas dimensões: a violência conjugal pode resultar em lesões físicas diretas e agravar condições preexistentes, mas também desencadeia efeitos emocionais persistentes, como estresse, ansiedade e depressão, que deterioram a percepção subjetiva de saúde.

Além dessas consequências imediatas, a violência conjugal expressa dimensões simbólicas e estruturais de dominação que se perpetuam nas relações sociais. Práticas patriarcais e hierárquicas ainda naturalizam formas de submissão e dependência feminina, o que limita a autonomia e reforça a vulnerabilidade física e emocional das mulheres. Assim, o adoecimento das vítimas não se reduz ao aspecto individual, mas traduz desigualdades sociais e relações de poder que marcam o corpo feminino como território de controle e de violência.

As interações estimadas também evidenciaram que mulheres negras, pardas e indígenas e aquelas com baixo nível de escolaridade vitimizadas sofrem efeitos ainda mais severos sobre suas con-

⁴ Na Tabela 3, são apresentados os efeitos marginais relativos às dummies de interação *vdcmnegra* e *vdcmboxnivinst*. Os demais controles foram considerados na estimação, porém eles não foram reportados na Tabela 3, pois os resultados são similares aos que foram apresentados e discutidos na Tabela 2.

dições de saúde, refletindo a sobreposição de vulnerabilidades. A combinação entre gênero, raça, escolaridade e renda amplia as desigualdades na saúde e no acesso aos serviços, revelando que a violência conjugal é tanto um problema de saúde pública quanto uma questão de justiça social.

A partir dos resultados encontrados, recomenda-se o aprimoramento das políticas públicas voltadas à mitigação da violência conjugal e à redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, com atenção especial às mulheres em situação de maior vulnerabilidade sociodemográfica. Destaca-se a importância de fortalecimento da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência e integrar suas ações à Estratégia Saúde da Família, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde as mulheres relataram menor probabilidade de avaliar seu estado de saúde como “muito bom”. A incorporação de protocolos de identificação e acompanhamento contínuo da saúde física e mental das mulheres atendidas por essas redes pode ampliar a efetividade das respostas públicas.

Além disso, é fundamental investir em programas de educação e alfabetização em saúde, priorizando mulheres com menor escolaridade e pertencentes a grupos raciais historicamente marginalizados, de modo a fortalecer sua autonomia, ampliar o acesso a informações preventivas e facilitar sua inserção no mercado de trabalho formal. Outro aspecto crucial é o aperfeiçoamento do atendimento psicossocial e jurídico já existente nos Centros de Referência de Atendimento à Mulher, assegurando equipes interdisciplinares e acompanhamento continuado das mulheres em situação de violência conjugal, de forma a promover não apenas o acolhimento imediato, mas também a superação dos traumas físicos e emocionais.

Apesar da robustez estatística do modelo adotado, o estudo apresenta limitações inerentes ao seu desenho transversal. A natureza observacional dos dados impede a identificação de relações causais estritas, havendo possibilidade de causalidade reversa entre saúde e vitimização. Além disso, o uso de informações autorrelatadas pode introduzir vieses de declaração, e não se pode descartar a influência de variáveis omitidas, como condições prévias de saúde, características psicológicas ou redes de apoio social. Tais restrições, entretanto, não comprometem a consistência dos resultados, mas indicam a necessidade de parcimônia na interpretação e de aprofundamento em pesquisas futuras com abordagens longitudinais e estratégias de identificação causal mais robustas.

Por fim, reforça-se a relevância de investigações que examinem as interações entre múltiplas vulnerabilidades e as condições de saúde das mulheres em situação de violência conjugal, fornecendo subsídios mais precisos para a formulação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, à equidade de gênero e ao empoderamento feminino.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.

ASRAOUI, A.; KHASSOUANI, C. E.; SOULAYMANI, A. Prevalence, socio-demographic and economic determinants of violence against ever-married women in Morocco. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 29, n. 12, p. 944-953, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 21 mar. 2024.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CAMPOS, M. A. M. R. *et al.* Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 101-109, 2005.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.

COLLINS, P. H. **Black feminist thought**: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. New York: Routledge, 2000.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.

CRUZ, M. S.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2531-2542, 2019.

CUEVAS, A. G.; O'BRIEN, K.; EVERETT, B. Discrimination and health: a systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4, e0195440, 2018.

CUTLER, D. M.; LLERAS-MUNEY, A. Understanding differences in health behaviors by education. **Journal of Health Economics**, v. 29, n. 1, p. 1-28, 2010.

EDWARDS, K. M. *et al.* Outcomes associated with participation in a sober living home for women with histories of domestic and sexual violence victimization and substance use disorders. **Traumatology**, v. 29, n. 2, p. 191, 2023.

ELLSBERG, M. *et al.* Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **The Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1165-1172, 2008.

FORTES, R. D. O. T. *et al.* Impactos na saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 933-942, 2024.

GREENE, W. H. **Econometric analysis**. 8. ed. New York: Pearson, 2018.

IANNI, O. **A sociedade global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O sujeito e a produção de saúde: aproximações entre o materialismo histórico e a micropolítica. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 83–97, 2008.

LISBOA, T. K.; PINHEIRO, E. A. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **Revista Katálysis**, v. 8, n. 2, 2005.

LOURENÇO, L. M.; COSTA, D. P. Violência entre parceiros íntimos e as implicações para a saúde da mulher. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2020.

LUCENA, K. D. T. de . Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016.

LUDERMIR, A. B. *et al.* Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **The Lancet**, v. 376, n. 9744, p. 903-910, 2010.

MAIA, A. G.; RODRIGUES, C. G. Saúde e mercado de trabalho no Brasil: diferenciais entre ocupados agrícolas e não agrícolas. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 48, p. 737-765, 2010.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. (ed.). **Social determinants of health**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

MOHAMMADI, F. *et al.* Investigating the relationship between domestic violence with substance abuse and suicide resilience in mothers with disabled children. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 1223896, 2023.

NERY, M. G. D. *et al.* Fatores associados ao homicídio de mulheres no Brasil, segundo raça/cor, 2016-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, e10202023, 2024.

PUOENG, D.; TSAWE, M. Multilevel determinants of physical violence among ever-partnered women in South Africa. **Archives of Women's Mental Health**, v. 27, n. 6, p. 947-959, 2024.

QUINTAS, J. L. Associação entre violência pelo parceiro íntimo, perda de recursos, autoestima e sintomas de depressão e ansiedade em mulheres. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2023.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

WOOLDRIDGE, J. M. **Introductory econometrics: a modern approach**. 5. ed. Mason, OH: South-Western Cengage Learning, 2010.

WHO – World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.

Recebido em: 18 de Março de 2025
Avaliado em: 17 de Outubro de 2025
Aceito em: 10 de Janeiro de 2026



**A autenticidade desse artigo
pode ser conferida no site
<https://periodicos.set.edu.br>**

Copyright (c) 2026 Revista Interfaces
Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License.

1 Mestre em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa
– UFV. E-mail: ludmilla.gomes@ufv.br

2 Doutoranda em Economia Aplicada, Universidade Federal de
Viçosa – UFV. E-mail: lais.abreu@ufv.br

3 Professor Associado III do Departamento de Economia, Universi-
dade Federal de Viçosa – UFV. E-mail: evandro.teixeira@ufv.br

