

Violência Conjugal

Violência Física Conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários

PATRÍCIA COELHO*

RESUMO

Introdução: A violência conjugal é um problema de saúde sério e complexo. É importante que os Médicos de Família compreendam a dinâmica da Violência Conjugal, dado que estes se encontram numa posição vantajosa para dirigir este problema.

Objectivos: Determinar a Prevalência de Violência Física Conjugal (VFC) em mulheres portuguesas. Caracterizar a VFC. Investigar associação entre VFC, factores socio-familiares e características do companheiro.

Metodologia: Estudo observacional, analítico transversal, realizado na Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Matosinhos, Portugal. **População de Estudo:** Mulheres nascidas entre 1948 e 1978, inscritas na USF Horizonte. Aplicou-se questionário anónimo de auto-preenchimento numa amostra aleatória de 500 mulheres. Determinou-se a Prevalência de VFC. Estudou-se a associação entre VFC e Idade da mulher, Classe social, Estado civil, Tipo de família, Apgar familiar, e a Idade, Alcoolismo e Desemprego do companheiro. Elaborou-se um modelo de regressão logística binária multivariada. Nível de significância 0,05.

Resultados: A Prevalência de VFC na mulher foi de 20,5% (IC 95%: 15,9 a 25,7%). Identificaram-se como factores de risco independentes para VFC: Tipo de família reconstruída, monoparental e outros (OR ajustado=4,68), Apgar familiar moderada e severamente disfuncional (OR ajustado= 4,65) e Alcoolismo no companheiro (OR ajustado= 5,12).

Discussão/Conclusão: A Prevalência de VFC na mulher foi sobreponível à de outros países, mas superior à referida por estudos portugueses. Tal como em outros estudos encontrou-se uma associação da VFC com o alcoolismo do marido. Ao contrário do relatado por outros autores, a classe social de Graffard não foi identificada neste estudo como um factor de risco independente para VFC, verificando-se maior importância para as características da família.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Violência Física Conjugal; Feminino; Adultos; Prevalência.

gais, deram-se avanços significativos na compreensão e intervenção no problema².

A violência conjugal na mulher pode definir-se como maus-tratos à mulher por parte do marido/companheiro, que ocorrem habitualmente no contexto de uma vitimação múltipla e podem incluir: (a) maus-tratos físicos (e.g., pontapear, esbofetear, atirar coisas); (b) isolamento social (e.g., restrição do contacto com a família e amigos, proibir o acesso ao telefone, negar o acesso a cuidados de saúde); (c) intimidação (e.g., por acções, palavras, olhares); (d) maus tratos emocionais, verbais e psicológicos (e.g., acções e afirmações que afectam a auto-estima da mulher e o seu sentido de auto-valorização); (e) recurso ao privilégio masculino (e.g., recusa do maltratante em reconhecer a sua companheira como igual); (f) ameaças (e.g., à integridade física, de prejuízos financeiros); (g) violência sexual (e.g., submeter a mulher a práticas sexuais contra a sua vontade); (h) controlo económico (e.g., negar acesso ao dinheiro ou recursos básicos, impedindo a sua participação no emprego e educação)².

Neste trabalho apenas é abordado o mau-trato físico ou Violência Física Conjugal – VFC, dada a subjectividade dos restantes tipos de agressão conjugal.

INTRODUÇÃO

A Violência Conjugal é um problema de saúde socialmente inaceitável, ilegal e que afecta todos os membros do núcleo familiar¹.

A investigação sobre a violência familiar teve o seu início apenas nos anos 70. Após decorridos cerca de 30 anos de investigação sobre agressões conju-

*Interna Complementar do 3º ano de Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar
Horizonte

Sabemos pelas histórias das sociedades que antes de se assumir os maus-tratos conjugais como uma questão pública e social, a privacidade daquilo que deveria permanecer «dentro das portas» imperou³. À medida que o tempo foi decorrendo, os conflitos domésticos foram sendo gradualmente expostos à opinião pública, alcançando-se nos anos 80 o reconhecimento social da violência contra a mulher na família, como um dos maiores riscos para a saúde pública². Contudo, esses progressos não tornaram a violência conjugal numa realidade do passado². Encarado por alguns como um vulgar facto do quotidiano, a que não há razão para dar importância, assiste-se ainda hoje a uma excessiva tolerância e cumplicidade para com o homem que agride a sua companheira². Essa dinâmica social perpetuada ao longo de gerações alimentou a tirania do silêncio, inibiu a denúncia das situações violentas e a própria consciencialização da sua natureza criminal².

Não é fácil fazer referência quer à incidência quer à prevalência dos maus-tratos à mulher. Se actualmente tentamos conhecer o problema, são múltiplos os entraves com que nos deparamos, reflectindo-se necessariamente numa falta de exactidão dos números². O silêncio, a vergonha, a relação próxima entre o ofensor e a vítima (e.g., a ambiguidade emocional, o medo das agressões subsequentes), o sentimento de impotência das vítimas e o desconhecimento dos seus direitos, dificultam o conhecimento exacto desta problemática².

A pesquisa bibliográfica revelou vários estudos realizados fora de Portugal, os quais obtiveram uma prevalência de violência física conjugal na mulher que variaram de 15% a 40%^{3,4,5,6}. Dois estudos sobre a prevalência de «Violência contra as Mulheres», realizados em Portugal, obtiveram uma prevalência de 6,7%² e 13,7%⁷ de violência física conjugal.

Infelizmente, as mulheres maltratadas, a não ser quando questionadas directamente¹, sustentam habitualmente uma redução acentuada das suas vozes de mestria, convictas muitas vezes de que não é possível controlar o que acontece no quotidiano das suas vidas, facto este que impõe limites à possibilidade de mudança e à construção de uma história alternativa².

Desta forma, é importante que os Médicos de Família compreendam a dinâmica da Violência Conjugal, criando questionários apropriados sobre agressão, incentivando a segurança das utentes, dando apoio e referências apropriadas¹.

Com este trabalho pretendeu-se determinar a dimensão do problema «Violência Conjugal em Mulheres» e analisar alguns factores que lhe poderão estar associados.

Os objectivos do presente estudo foram os seguintes:

1. Determinar a Prevalência de Violência Física Conjugal em mulheres inscritas na USF – Horizonte, Matosinhos, Portugal;
2. Descrever o tipo e a frequência das agressões;
3. Verificar se existe associação entre a Violência Física Conjugal e características sócio-demográficas da mulher e do seu companheiro;
4. Identificar factores de risco independentes para Violência Física Conjugal.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo analítico transversal, durante o período de Março a Dezembro de 2003, na Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Matosinhos, Portugal.

A população de estudo corresponde às utentes do sexo feminino nascidas entre 1948 e 1978 inscritas naquela Unidade. Foram excluídas mulheres

que actualmente ou no passado nunca tenham tido uma relação com marido ou companheiro e mulheres analfabetas.

A dimensão ideal da amostra calculada para uma proporção esperada de aproximadamente 15%^{2,3,4,5,6}, com um nível de precisão de 4% e intervalo de confiança de 95%, corresponde a 305 mulheres. Selecionou-se uma amostra aleatória simples de 500 utentes, presumindo uma elevada taxa de não respondentes.

As variáveis estudadas foram:

- Violência Física Conjugal, dicotómica: sim/não;
- Idade da mulher, contínua: entre os 25 e os 55 anos;
- Estado Civil, categórica: solteira, casada, divorciada, separada, viúva;
- Classificação Socioeconómica de Graffard, categórica: Classes I, II, III, IV e V;
- Tipo de família, categórica: nuclear, alargada, reconstruída, monoparental, outra;
- Apgar familiar, categórica: família altamente funcional, moderadamente disfuncional ou severamente disfuncional;
- Caracterização do companheiro:
 - Idade, contínua;
 - Emprego, dicotómica: sim/não (resposta negativa inclui desempregados, reformados ou inválidos);
 - Alcoolismo, dicotómica: sim/não.

A recolha de dados foi realizada através de questionários de auto-preenchimento, anónimos e confidenciais, desenvolvidos pela autora. Previamente foi efectuado um teste piloto a 10 mulheres inscritas na USF – Horizonte, o que permitiu verificar não existirem grandes dificuldades de preenchimento. Os questionários foram colocados nos processos das respectivas utentes seleccionadas pela amostragem. Cada Médico de Família entregava o ques-

tionário às suas utentes no final de uma consulta, no período de Maio a Setembro de 2003. O preenchimento dos questionários era realizado numa sala com privacidade e posteriormente entregues ao respectivo Médico de Família. Em Outubro de 2003 foram contactadas, por telefone, as utentes seleccionadas que não tinham recorrido a consultas com o seu Médico de Família no período de Maio a Setembro, ou que não tinham preenchido os questionários por algum motivo (falta de tempo, não preenchimento por estarem acompanhadas por marido ou companheiro).

Os dados recolhidos foram codificados e registados em base de dados informática. A análise foi efectuada com o *software* SPSS® for Windows 11.5. O teste do qui-quadrado e o teste exacto de Fisher foram utilizados na comparação de proporções e o teste de t de Student foi utilizado para comparar médias. Considerou-se um nível de significância de 0,05. Calcularam-se os *Odds Ratio* brutos e ajustados através de um modelo de regressão logística binária multivariada.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Da amostra seleccionada foi obtida uma taxa de resposta de 56,6%, que corresponde a um total de 283 questionários preenchidos. A distribuição etária variou entre os 25 e os 55 anos, com uma idade média de 40,73 anos e um desvio-padrão de 8,74 anos.

Foi efectuada a comparação das médias de idades das mulheres da amostra e da população inscrita na USF – Horizonte, tendo-se verificado que não existia uma diferença estatisticamente significativa – Quadro I.

Prevalência da Violência Conjugal

Foram encontrados 58 casos de VFC, o

QUADRO I

COMPARAÇÃO DE MÉDIAS DE IDADE ENTRE A AMOSTRA E A POPULAÇÃO DE ESTUDO

	n	Idade Média	p*
Amostra	283	40,73	0,076
População	3.267	39,81	

* Teste t de Student

que perfaz uma Prevalência de 20,5% (IC 95%: 15,9% a 25,7%).

Do total de mulheres agredidas, 58,6% foram agredidas pelo actual marido ou companheiro, 36,2% pelo anterior marido ou companheiro e 5,2% pelo anterior e actual marido ou companheiro.

No que respeita à caracterização da agressão, esta foi feita nas mulheres em cuja relação conjugal actual existisse violência física. Os tipos de agressões mais frequentes foram: «Bateu-lhe na face» (81,1%), «Agarrou-a ou empurrou-a» (62,1%), «Deu-lhe um pontapé ou murro» (48,6%) e «deu murros ou pontapés nas paredes ou mobílias» (48,6%). Na Figura 1 apresenta-se a respectiva distribuição de acordo com o tipo de agressão e a frequência dos episódios.

Relativamente à caracterização temporal da agressão: 8,1% foram agredidas só nos últimos 12 meses, 70,3%

foram agredidas nos últimos 12 meses e antes, 21,6% foram agredidas há mais de 12 meses.

Análise univariada

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a média de idade das mulheres agredidas e não agredidas – Quadro II.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre VFC e o estado civil da mulher, apresentando as mulheres separadas e divorciadas uma maior proporção de casos de violência conjugal – Quadro III.

A VFC é independente da Classe Socioeconómica de Graffard, mas está associada com o tipo de família e o Apgar familiar, sendo mais elevado o risco de violência nos casos de família reconstruídas, monoparentais e de outros tipos do que nas famílias nucleares e alargadas e menor o risco de violência nos casos de família altamente funcionais – Quadro IV.

Quanto às características do companheiro, não se verificou associação estatisticamente significativa entre VFC e a idade do companheiro – Quadro V, nem com a situação de emprego/não emprego do companheiro – Quadro VI. Verificou-se, no entanto, associação estatisticamente significativa entre VFC e o alcoolismo do companheiro, sendo

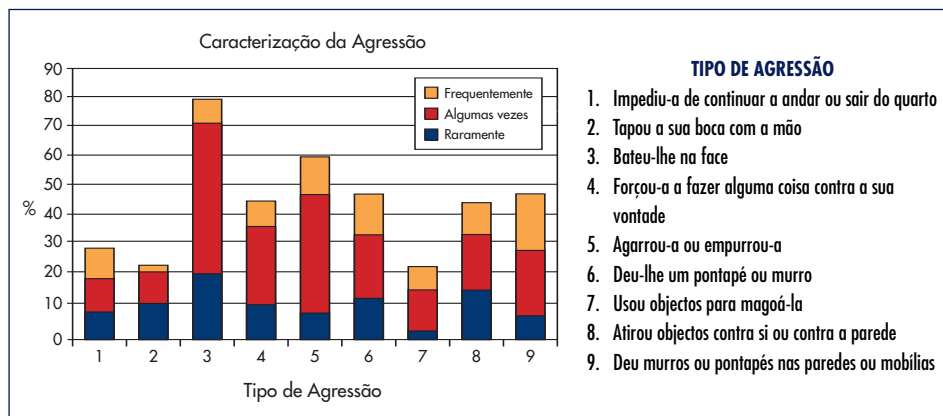


Figura 1. Caracterização do tipo e frequência da agressão

QUADRO II

VFC E IDADE DA MULHER

Violência	n	Idade da Mulher		p*
		Média	Desvio Padrão	
não	225	40,52	8,60	0,409
sim	58	41,59	9,30	

* Teste t de Student

QUADRO III

VFC E ESTADO CIVIL

Estado Civil	n	% com VFC	p*
Casada	225	15,3%	<0,001
Separada e Divorciada	58	56,3%	
Solteira e Viúva	29	20,7%	

* Teste do Qui-quadrado

maior o risco de violência nos casos de companheiros alcoólicos – Quadro VI.

Análise multivariada

Com o objectivo de ajustar estatisticamente os efeitos dos factores de risco para a violência conjugal identificados na análise univariada, prosseguiu-se com a elaboração de um modelo de regressão logística binária multivariada. Optou-se pelo método *backward step-*

wise com teste de Wald. Foram criadas variáveis *dummy* para as variáveis independentes policotómicas.

Na análise multivariada verificou-se perda de significância estatística para o Estado Civil da mulher, tendo em conta as restantes variáveis. Assim, ficaram incluídas no modelo final apenas as variáveis Tipo de Família, Apgar Familiar e Alcoolismo do Companheiro. Foram testadas possíveis interações entre estas variáveis, não se tendo verificado qualquer interacção com significado estatístico. O modelo encontra-se resumido no Quadro VII.

Como resumo final dos resultados obtidos apresentam-se no Quadro VIII os *Odds Ratio* brutos e os *Odds Ratio* ajustados obtidos com este modelo de regressão.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste trabalho utilizou-se um questionário de auto-preenchimento, tendo consciência do possível viés de selecção por ausência das mulheres analfabetas. No entanto, dada a provável baixa prevalência de analfabetismo na faixa etária da amostra e a possibilidade de uma maior aproximação da verdadeira pre-

QUADRO IV

VFC E CLASSE SOCIOECONÓMICA (GRAFFARD), TIPO DE FAMÍLIA E APGAR FAMILIAR

Classe Socioeconómica	n	% com VFC	p*
Classes I e II	91	14,3%	0,124
Classe III	93	20,4%	
Classes IV e V	99	26,3%	
Tipo de Família	n	% com VFC	p*
Nuclear	207	13,5%	<0,001
Alargada	29	20,7%	
Reconstruída, monoparental e outros	47	51,1%	
Apgar Familiar	n	% com VFC	p*
Altamente Funcional	228	14,0%	<0,001
Moderadamente disfuncional e severamente disfuncional	55	47,3%	

* Teste do Qui-quadrado

QUADRO V

VFC E IDADE DO COMPANHEIRO

Violência	n	Idade do Companheiro		p*
		Média	Desvio Padrão	
não	215	43,24	9,02	0,768
sim	47	43,68	10,69	

* Teste t de Student

QUADRO VI

VFC, SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO COMPANHEIRO E ALCOOLISMO DO COMPANHEIRO

Situação profissional	n	% com VFC	p*
Empregado	225	16,4%	0,083
Não empregado	35	28,6%	

Alcoolismo	n	% com VFC	p**
não	239	15,1%	<0,001
sim	22	50,0%	

* Teste do Qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

valência, por menor ocultação, optou-se por este método de recolha de dados.

Verificou-se, também, uma elevada taxa de não respondentes (43,4%). Contudo, do ponto de vista da idade, a amostra estudada apresenta uma média de idades que não apresentava uma diferença estatisticamente significativa da média de idades das mulheres ins-

critas na USF – Horizonte.

Identificou-se uma prevalência de Violência Física Conjugal na Mulher de 20,5%, a qual é significativamente superior à encontrada em estudos portugueses (6,7% e 13,7%)^{2,7}, mas aproxima-se de estudos realizados fora de Portugal, nomeadamente – França (18%)⁹, USA (15%)⁸ e Inglaterra (39%)⁴.

Não foi encontrada associação entre a VFC na mulher e a sua idade ou estado civil, o que está de acordo com a bibliografia^{2,6}.

No que respeita ao nível socio-económico (Graffard), estudos anteriores apontam a VFC como sendo existente em todos os níveis socio-económicos, mas mais abundante e conferida de maior visibilidade nos estratos mais baixos^{2,3,4}. Neste trabalho, as classes sócio-económicas mais baixas não foram identificadas como factores de risco independentes para VFC.

Os factores de risco identificados estão relacionados com as características da família em que a mulher se encontra inserida. O Apgar Familiar, apesar de ser uma escala de avaliação do funcionamento familiar que ainda não está validada em Portugal, permitiu verificar a existência de um risco acrescido de VFC com a disfunção familiar (OR ajustado=4,65). Pertencer a uma família não nuclear ou não alargada é outro factor de risco para VFC (OR ajustado=4,68).

QUADRO VII

MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Variáveis	B	p	OR	IC 95% do OR	
				Min	Max
Tipo de Família Nuclear	–	–	1	–	–
Tipo de Família Alargada	0,428	0,433	1,534	0,527	4,469
Tipo de Família Reconstituída, Monoparental e Outro	1,542	0,002	4,675	1,788	12,223
Família altamente funcional	–	–	1	–	–
Família moderada ou severamente disfuncional	1,537	<0,001	4,649	2,174	9,943
Companheiro alcoólico	1,633	0,001	5,118	1,874	13,979
Constante	-2,402	<0,001	0,091	–	–

QUADRO VIII

ODDS RATIO BRUTOS E AJUSTADOS DOS FACTORES DE RISCO PARA VFC ESTUDADOS

Variável	OR bruto (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p
Idade da mulher (anos)	1,01 (0,98 – 1,05)	0,41	Não incluída	–
Estado Civil casada	1 (classe referência)	–	Não incluída	–
Estado Civil separada/divorciada	0,69 (0,26 – 1,83)	0,459	Não incluída	–
Estado Civil solteira/viúva	4,93 (1,58 – 15,38)	0,006	Não incluída	–
Graffard I e II	1 (classe referência)	–	Não incluída	–
Graffard III	1,54 (0,71 – 3,34)	0,274	Não incluída	–
Graffard IV e V	2,14 (1,02 – 4,47)	0,044	Não incluída	–
Tipo Família nuclear	1 (classe referência)	–	1 (classe referência)	–
Tipo Família alargada	1,67 (0,62 – 4,46)	0,308	1,534 (0,53 – 4,47)	0,433
Tipo Família reconstruída, monoparental e outros	6,67 (3,32 – 13,39)	<0,001	4,68 (1,79 – 12,22)	0,002
Apgar altamente funcional	1 (classe referência)	–	1 (classe referência)	–
Apgar moderadamente funcional e disfuncional	5,49 (2,87 – 10,50)	<0,001	4,65 (2,17 – 9,94)	<0,001
Idade do companheiro (anos)	1,01 (0,97 – 1,04)	0,77	Não incluída	–
Companheiro não empregado	2,03 (0,90 – 4,56)	0,088	Não incluída	–
Companheiro alcoólico	5,64 (2,28 – 13,98)	<0,001	5,12 (1,87 – 13,98)	0,001

Relativamente às variáveis relacionadas com o marido/companheiro, concluiu-se que apenas o Alcoolismo é factor de risco para VFC (OR ajustado=5,12), o que vai de acordo com alguns estudos anteriores^{2,3,4}. No entanto, no âmbito do alcoolismo, para alguns autores esta relação ainda permanece controversa, tendo em conta que os maltratantes que abusam de álcool, na sua maioria também agredem quando sóbrios, mas com maior violência

quando sob efeito do álcool². A literatura refere o aumento da violência com a Doença Mental ou Toxicod dependência no Marido/Companheiro². Neste estudo encontrou-se um número de maridos/companheiros toxicod dependentes ou com patologia psíquica muito reduzido, pelo que se optou por não incluir estas variáveis na análise.

Propõe-se assim continuar a recolha de dados de forma a obter uma amostra mais representativa das mulheres da

Unidade de Saúde Familiar Horizonte e que permita alargar o estudo a outros potenciais factores de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Konchak PS. Domestic violence: a primer for the primary care physician. *J Am Osteopath Assoc* 1998; 98 (12 suppl): S11-4.
2. Gonçalves RA, Machado C. *Violência e Vítimas de Crime*. Coimbra: Quarteto; 2002.
3. Richardson J, Coid J, Petrukevich A, Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002 Feb 2;324(7332): -274.
4. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002 Feb 2; 324 (7332): 271.
5. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002 Aug 10; 325 (7359): 325-14.
6. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust* 2001 Aug 20; 175 (4):199-201.
7. Silva LF, Alves F. *Saúde das Mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento; 2003.
8. Rhodes KV, Lauderdale DS, He T, Howes DS, Levinson W. "Between me and the computer": increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Ann Emerg Med* 2002 Nov; 40 (5): 476-84.
9. Lejoyeux M, Zillhardt P, Chieze F, Fichelle A, McLoughlin M, Poujade A, et al. Screening for domestic violence among patients admitted to a French emergency service. *Eur Psychiatry* 2002 Dec; 17(8): 479-83.

BIBLIOGRAFIA

1. Champion JD. Family violence and

mental health. *Nurs Clin North Am* 1998 Mar; 33(1): 201-15.

2. Coben JH. Measuring the quality of hospital-based domestic violence programs. *Acad Emerg Med* 2002 Nov; 9(11): 1176-83.

3. Elliot BA. Screening for Family Violence: Overcoming the Barriers. *J Fam Pract* 2000 Feb;49(2): 137-8.

4. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med* 1996 Jan; 11(1): 44-6.

5. Kennett MR. Domestic Violence. *Joras Healthc Law Ethics Regul* 2000 Sep; 2(3): 93-101.

6. Melo M. Elementos básicos de um estudo de investigação. *Rev Port Clin Geral* 1998; 15 (1): 30-3.

7. Heron SL, Kellermann AL. Screening for intimate partner violence in the emergency department: where do we go from here? *Ann Emerg Med* 2002 Nov; 40(5):493-5.

8. Shattuck SR. A Domestic Violence Screening Program in a public health department. *J Community Health Nurs* 2002; 19(3): 121-32.

9. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003 Jan; 24(1): 9-15.

10. *Violência Doméstica aumenta em Portugal*. URL: <http://www.fcsh.unl.pt/>

11. *Violência Doméstica*. URL: <http://planeta.clix.pt/pedagua/violenciadomestica.htm>

12. *Violência Doméstica*. URL: <http://www.apav.pt>

Agradecimentos

Os meus agradecimentos a todos os Médicos de Família da USF Horizonte, pela sua colaboração na entrega dos questionários e ao Sector de Investigação da Coordenação do Internato de Clínica Geral da Zona Norte, pela ajuda prestada no tratamento estatístico dos dados.

Agradecida também ao Dr. Jaime Correia de Sousa e à Dra. Ana Sardinha por todo o apoio dado ao longo da elaboração do trabalho.

Endereço para correspondência

Patrícia Coelho
Rua da Devesa, 445 – Oliveira do Douro
4430 Vila Nova de Gaia
Telf: 962 749 179/ Fax: 223 752 254
E-mail: patriciacoelho@clix.pt

Recebido para publicação em: 06/04/05

Aceite para publicação em: 03/08/05

ABSTRACT

Introduction: Domestic Conjugal Violence is a serious public health problem. It's important for family doctors to understand the dynamics of conjugal violence as they are in a favourable position to address the problem.

Objectives: To assess the prevalence of Physical Conjugal Violence – PCV – in Portuguese women. To investigate possible associations between PCV and socio-familiar factors and characteristics of the partner. To describe PCV.

Methods: A cross-sectional study was performed in a primary health care centre – USF Horizonte, in Matosinhos, Portugal. The study population included women born between 1948 and 1978, registered in USF Horizonte. A self-administered questionnaire was used in a sample of 500 randomly selected women. The prevalence of PCV and its association with age, Graffard, marital status, family type, family Apgar and partner characteristics were assessed. PCV was described.

Results: The prevalence of PCV was 20,5% (CI 95%: 15,9-25,7%). Independent risk factors were monoparental, reconstructed and other family type (adjusted OR =4,68), dysfunctional family Apgar (adjusted OR = 4,65) and alcoholic partner (adjusted OR = 5,12).

Discussion/Conclusion: The prevalence of PCV was similar to other countries but higher than in Portugal. As referred by others studies, we found association with alcoholic partners and family characteristics. Poor socioeconomic status was not identified as an independent risk factor for PCV in this sample.

Key words: Domestic Violence; Physical Marital Violence; Female; Adult; Prevalence.