

VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES: INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DE PROGRAMA DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA*

Terezinha Maria Mafioletti¹

Aida Maris Peres²

Dora Yoko Nozaki Goto³

Liliana Muller Larocca⁴

Camila Mafioletti Dalto⁵

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar dados de notificação de um programa referência na atenção às mulheres que sofrem violências entre 2002 e 2015, por meio de estudo descritivo dos dados do Sinan e do Epi-info. Encontramos 13.015 casos de violências contra mulheres de 18 anos ou mais; 2.221 nos hospitais de referência para violência sexual; 152 gestações decorrentes de estupro; 83 interrupções legais da gravidez. Após a composição de um perfil epidemiológico, detectou-se 18 vezes mais casos notificados no período. Tal realidade pode estar relacionada a uma melhora na sensibilidade do sistema, porém, ainda é necessário pensar nas consequências do machismo em nossa sociedade.

Palavras-chave: Violência de gênero; Violência contra a mulher; Vigilância epidemiológica.



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

*Agradecimentos: Vera Lúcia Alves de Oliveira do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Aos colegas do grupo de Pesquisa GPPGPS.

O presente manuscrito não contou com fontes de financiamento externo.

Este trabalho constitui parte da Tese de Doutorado intitulada “Análise do Programa Mulher de Verdade na Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência”, defendida pela autora principal, Terezinha Maria Mafioletti, junto ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná em janeiro de 2018.

1 Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Brasil. E-mail: teremafe@gmail.com. Orcid: 0000-0002-6783-6027

2 Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Brasil. E-mail: aidamaris.peres@gmail.com. Orcid: 0000-0003-2913-2851

3 Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Brasil. E-mail: doragoto@gmail.com. Orcid: 0000-0001-5405-829X

4 Doutora em Educação, Universidade Federal do Paraná, Brasil. E-mail: lilianamlarocca@gmail.com. Orcid: 0000-0001-8650-3300

5 Mestre em estudos de gênero, Erasmus Mundus Master’s Degree in Women’s and Gender Studies in Europe, Central European University, Hungria e Universidad de Oviedo. E-mail: camilamafioletti@gmail.com. Orcid: 0000-0002-6842-266X

Abstract: Our article analyzes notification data from a reference program for women that suffered violence between 2002 and 2015. This is a descriptive study on notifications of violence against women using *Sinan* and *Epi-info* health system databases. We found 13,015 cases of violence against women aged 18 years or older; 2,221 cases of sexual violence in the reference hospitals; 152 pregnancies resulting from sexual assault; 83 authorized pregnancy interruptions. We conclude that, although these data reflect an improvement on the sensibility towards the topic, the exacerbated sexism in our society must be observed.

Keywords: Gender-based violence; Violence against women; Epidemiological surveillance.

Introdução

As violências contra mulheres constituem importante problema de saúde pública e de direitos humanos em todo mundo. Esses são fenômenos históricos e complexos que permeiam as relações desiguais entre homens e mulheres e que resultam da interação de fenômenos individuais, relacionais, comunitários e sociais, que deixam marcas profundas em suas vidas e requerem a implementação de políticas públicas e participação de toda a sociedade, visando atenção, combate, prevenção e promoção da cultura da paz (CEPAL, 2018; GARCÍA-MORENO et al., 2015; WHO, 2013;).

As violências impactam fortemente na morbimortalidade das mulheres, afetando a saúde e a qualidade de vida e levando ao aumento de anos potenciais de vida perdidos, além causarem doenças psicossomáticas e neurovegetativas e altas taxas de feminicídio. Assim, dados preocupantes da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), apontam que 12 mulheres são assassinadas a cada dia em razão de seu gênero apenas na América Latina. A região conta com 14 dos 25 países com os mais altos índices de feminicídios no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo, ou seja, uma em cada três mulheres, sofrem violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maioria, pelos próprios parceiros (CEPAL, 2018; WHO, 2013; WHO, 2014).

No Brasil, os dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), demonstram que a residência é o local onde ocorre a maioria dos casos de violências contra mulheres adultas e adolescentes, cometidas por alguém de sua relação próxima de convivência, com destaque para a violência física e sexual, e maior evidência nas mulheres negras e pardas (BRASIL, 2016a).

Uma das principais estratégias para subsidiar o planejamento e execução das políticas públicas integradas e intersetoriais em prol da redução da morbimortalidade por violências é a notificação obrigatória em todo território nacional, estabelecida por meio de diversos atos normativos. No ano de 2011, as violências doméstica, sexual e outras violências foram incluídas, de forma universalizada, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Além da notificação obrigatória, os serviços do SUS têm a atribuição de adotar medidas assistenciais, preventivas e de articulação intersetorial (BRASIL, 2016b). Tanto as notificações quanto as informações de mortalidade de mulheres por agressão (feminicídio), internações hospitalares e taxas de anos de vida perdidos devido às violências sofridas pelas mulheres caracterizam-se como importantes instrumentos para identificar o problema e, assim, promover a saúde, a cultura da paz, a igualdade de gênero, a qualidade de vida, bem como assegurar-las de seus direitos humanos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016a; BRASIL 2016b).

Para enfrentar as violências contra mulheres, se faz necessário conhecer a magnitude do problema, o perfil de morbidade, bem como as características dos eventos e do provável agressor. Nesse sentido, o município de Curitiba criou, em 2002, um programa de referência na atenção às mulheres em situação de violência para a assistência e notificações dos casos. O presente artigo tem por objetivo analisar os dados de notificação desse programa no período de 2002 a 2015, obtendo perfil epidemiológico das violências contra mulheres atendidas nos serviços de saúde de Curitiba.

Método

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, referente a um programa de atenção às mulheres em situação de violências, realizado no município de Curitiba, no qual foram analisadas as notificações de violências contra mulheres de 18 anos ou mais no período de 2002 a 2015.

Curitiba é a capital do estado do Paraná, região sul do Brasil, com população estimada de 1.868.522 habitantes, sendo 47,6% homens e 52,4% mulheres. A região metropolitana, composta por 29 municípios, é considerada uma das maiores do país com 3.492.958 habitantes (DATASUS, 2015). A Rede Municipal da Secretaria de Saúde de Curitiba (SMS) é composta, dentre outros equipamentos, por 107 Unidades Básicas de Saúde, localizadas em dez regionais administrativas (CURITIBA, 2017a). Os serviços de atenção à saúde da SMS estão estruturados em rede, tendo sempre as unidades de

saúde como ponto de partida e de acompanhamento (CURITIBA, 2017b). O programa analisado é referência no cuidado de vítimas da violência sexual em todos os 29 municípios da região metropolitana.

O programa Mulher de Verdade é um dos programas da rede de saúde do município, estabelecendo fluxos e protocolos de atendimento às mulheres em situação de violências desde a unidade de saúde até os demais serviços de referência componentes da rede. Estabelece ainda que a assistência dos casos de violência sexual seja prestada em até 72 horas após o ocorrido (CURITIBA, 2008). Para tanto, conta com dois hospitais de referência, que oferecem os tratamentos profiláticos para as infecções sexualmente transmissíveis, a prevenção da gestação e a interrupção legal, caso necessário e desejado. Nesses casos, as mulheres recebem o atendimento médico, junto à perícia, no mesmo espaço, evitando assim a “peregrinação” ou “rota crítica”, tão comum nesse tipo de atenção, visando a uma atenção integrada, resolutiva, humanizada e com garantia da realização dos procedimentos profiláticos necessários (CURITIBA, 2008).

Os dados do estudo foram obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba por meio de duas bases de dados: no período 2002 a 2012, oriundos do programa EPI INFO, e de 2013 a 2015, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No período 2002 a 2015, foi realizado um panorama das notificações a partir das seguintes variáveis: unidades notificadoras, ano, município de residência, faixa etária, taxa de notificação de Curitiba por 100 mil habitantes e frequência de violência sexual atendidas nos hospitais de referência e outras unidades.

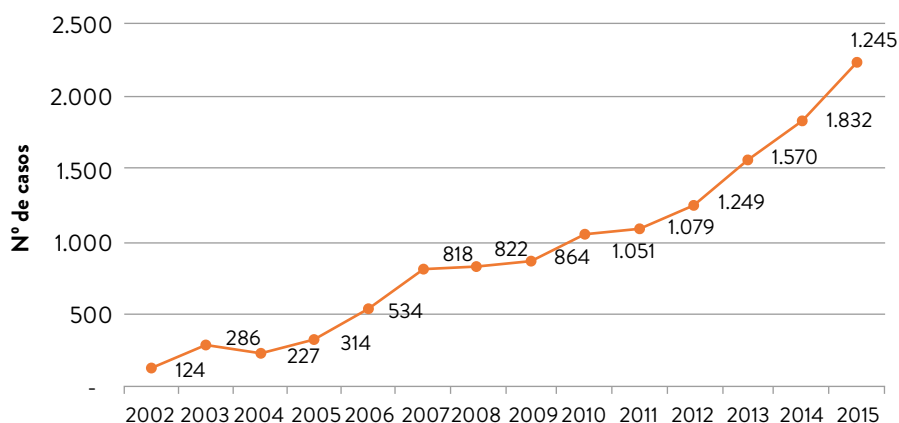
Na sequência, foi realizada análise detalhada das notificações do período de 2013 a 2015 nos dois hospitais de referência para a violência sexual do programa. A escolha desse período para a caracterização se deu devido à maior homogeneidade dos dados. As variáveis de identificação analisadas foram a faixa etária, escolaridade e raça-cor; as variáveis da agressão foram o local da ocorrência e meio pelo qual se deu; as variáveis relativas ao agressor foram a relação com a agredida: sexo, suspeita de uso abusivo de álcool. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo apresentados números absolutos e relativos derivados das notificações.

O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) em 18 de março de 2016, sob o CAAE: 47647015000000102, cumprindo-se as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Resultados

No período de 2002 a 2015, foram notificados, no programa Mulher de Verdade, 13.015 casos suspeitos ou confirmados de violências contra mulheres com 18 anos ou mais. A série histórica das notificações/atendimentos ano a ano demonstrou que, no decorrer do tempo, as ações intersetoriais e integradas do município de Curitiba resultaram em progressivo aumento do número de notificações de violências contra mulheres, dando visibilidade ao agravo, representando um aumento de aproximadamente 18 vezes no período, passando de 124 casos notificados em 2002, para 2.245 em 2015 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Série histórica do número de notificações de violência contra as mulheres. Curitiba, 2002 a 2015



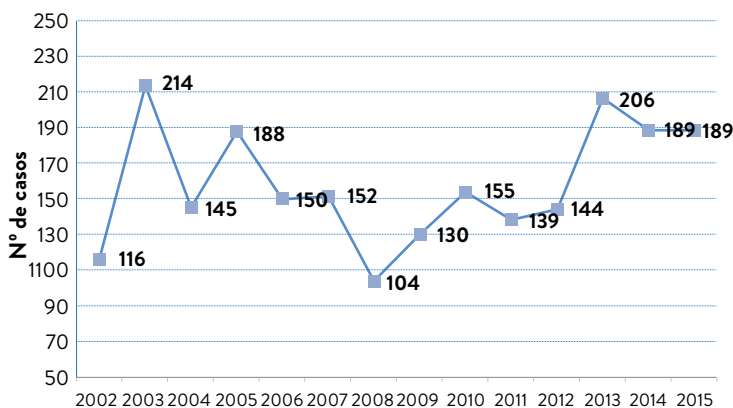
Fonte: CE/SMS Curitiba, 2017.

Quanto às notificações nos dois hospitais de referência, no mesmo período, de violência sexual contra mulheres residentes em Curitiba e Região Metropolitana, ocorreu uma tendência crescente, passando de 116 casos em 2002, para 189 em 2015, totalizando 2.221 casos (Gráfico 2).

No período de 2013 a 2015, foram notificados 5.647 casos de violência doméstica e 720 casos de violência sexual (residentes em Curitiba e Região Metropolitana), sendo que os casos de violência sexual foram notificados na sua grande maioria pelos hospitais de referência. No hospital público, foram atendidos 473 casos (65,7%) seguido do Hospital Filantrópico com 111 casos (15,4%) e outras unidades com 136 casos (18,9%).

Dos 29 municípios da região metropolitana, 27 apresentaram atendimentos pelo programa (93,1%). Desses, Curitiba apresentou (83,9%) do total de casos notificados no período, e os outros 26 municípios apresentaram (16,1%) do total de casos notificados no período (FIGURA 1).

Gráfico 2: Número de casos notificados de violência sexual contra mulheres de Curitiba e Região Metropolitana atendidos nos hospitais de referência de 2002 a 2015



Fonte: SMS/CE/EPI-INFO; Sinan-Net, Curitiba, 2017.

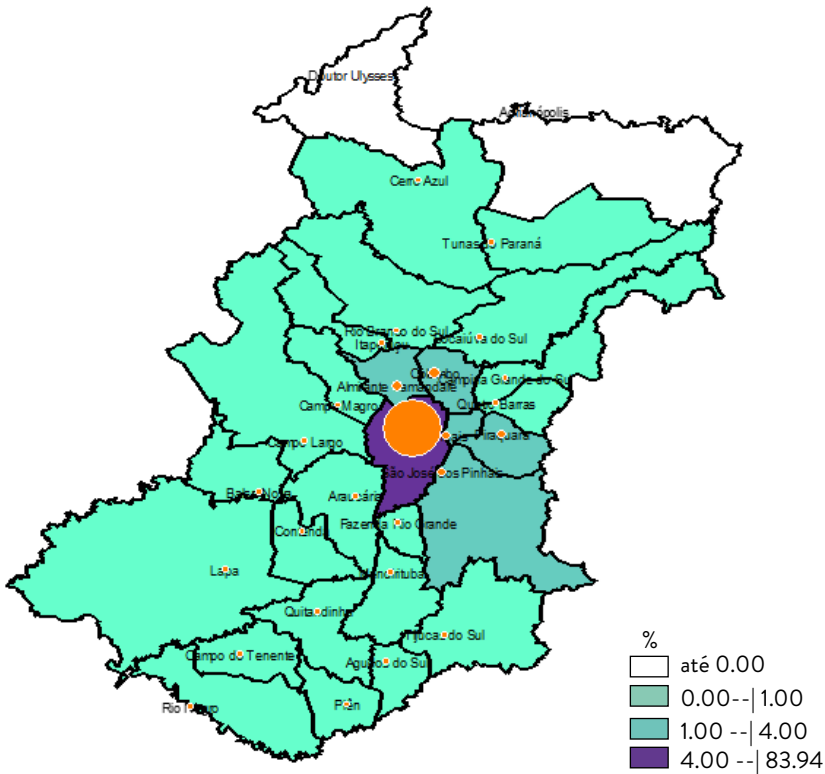
Foram 153 unidades notificantes em Curitiba no período, com destaque para o percentual de notificações (46,8%) de quatro hospitais de grande porte e da unidade municipal de saúde Mãe Curitibana (17,4%). A taxa de notificação de violências contra mulheres no município de Curitiba apresentou um aumento no período: de 182,3 casos/100 mil em 2013, para 266,6/100 mil em 2015, sendo que a grande maioria ocorreu na faixa etária de 20 a 49 anos (73,7%), seguida de 11% (60 anos ou mais); 7,7% (50 a 59 anos) e 7,3% (18 a 19 anos).

Em relação à raça/cor, 68,8% foram brancas, seguidas das pardas (18,9%) e pretas (6%). Quanto à escolaridade, 35% das mulheres tinham entre um e oito anos de estudo, 32% entre nove e 11 anos; 10,4% 12 anos ou mais e 1,8% eram analfabetas. Os locais das ocorrências das violências com maior proporção foram: residências (73,7%), vias públicas (17,1%) e outros lugares (5%). Na via pública, a faixa etária mais atingida foi entre 18 a 19 anos (28,5%) (TABELA 1).

Quanto à natureza das violências, tem-se: a física (69%) com a maior proporção de casos, seguida da psicológica/moral (53,6%), sexual na forma de estupro (12,8%), negligência/abandono (9,8%) e outras (tortura, intervenção legal, tráfico de seres humanos e tentativa de suicídio) com 13,1%. Considere que uma mesma mulher pode ter sofrido mais de um tipo de violência. Destaca-se

que a frequência da violência sexual foi maior entre mulheres com 18 a 19 anos (27,1%). O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal (59,1%). Em 47,9% do total de casos, as violências eram recorrentes, sendo mais frequentes entre mulheres com 60 anos ou mais de idade (57%) (TABELA 1).

Figura 1: Percentual e frequência de notificações de violência em Curitiba e região metropolitana, 2013 a 2015



Fonte: Elaboração própria (2017).

Em relação ao provável autor das agressões, o próprio cônjuge ou o ex-cônjuge foi o principal causador (41,2%), seguido de: desconhecidos (15,1%), a própria pessoa (12,7%), filhos (8,3%), conhecidos (6,6%) e outros em menor proporção. Entre mulheres de 18 a 19 anos, predominou o agressor desconhecido (30,6%) e entre 20 a 59 anos, o cônjuge ou o ex-cônjuge foi o principal agressor, variando de 35,8% (50 a 59 anos) a 54,3% (30 a 39 anos). Nas mulheres idosas, filhos foram os maiores agressores (60,3%). A suspeita de uso abusivo de álcool esteve presente em 39,1% dos casos notificados, variando de 23,2% (60 anos ou mais) até 43% (30 a 49 anos) (TABELA 2).

Tabela 1: Distribuição dos casos notificados de violências segundo características sociodemográficas, da agressão e faixa etária. Curitiba e região metropolitana, 2013-2015

Variáveis	18 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	n = 428		n = 1.752		n = 1.508		n = 903		n = 433		n = 623		n = 5.647	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Raça/cor														
Branca	298	69,6	1.211	69,1	989	65,6	608	67,3	305	70,4	475	76,2	3.886	68,8
Preta	14	3,3	102	5,8	111	7,4	57	6,3	23	5,3	29	4,7	336	6
Amarela	2	0,5	18	1	5	0,3	1	0,1	3	0,7	4	0,6	33	0,6
Parda	95	22,2	333	19,0	309	20,5	185	20,5	80	18,5	64	10,3	1.066	18,9
Indígena	1	0,2	5	0,3	1	0,1	2	0,2	1	0,2	0	0	10	0,2
Ign/Branco	18	4,2	83	4,7	93	6,2	50	5,5	21	4,8	51	8,2	316	5,6
Escolaridade (anos de estudo)														
Analfabeto	2	3,3	3	1,1	10	0,7	9	1	18	4,2	58	9,3	100	1,8
1-8 anos	...	...	...	...	526	34,9	384	42,5	200	46,2	213	34,2	1.978	35
9-11 anos	...	...	...	...	499	33,1	237	26,2	80	18,5	49	7,9	1.806	32
≥ 12 anos	...	...	...	...	190	12,6	93	10,3	42	9,7	24	3,9	587	10,4
Ign/Branco	59	96,7	282	98,9	283	18,8	180	19,9	93	21,5	279	44,8	1.176	20,8
Local de ocorrência da violência														
Residência	252	58,9	1.189	67,9	1.109	73,5	697	77,2	352	81,3	563	90,4	4.162	73,7
Via pública	122	28,5	371	21,2	264	17,5	136	15,2	50	11,5	22	3,5	965	17,1
Ign/branco	8	1,9	41	2,3	22	1,5	6	0,7	5	1,2	3	0,5	85	1,5
Outros ¹	27	6,3	94	5,4	79	5,2	45	5	16	3,7	24	3,9	285	5

Continua...

Tabela 1: Continuação.

Variáveis	18 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	n = 428		n = 1.752		n = 1.508		n = 903		n = 433		n = 623		n = 5.647	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Natureza da violência*														
Física	295	68,9	1.284	73,3	1.134	75,2	641	71	286	66,1	257	41,3	3.897	69
Psicológica	219	51,2	966	55,1	849	56,3	507	56,1	210	48,5	274	44	3.025	53,6
Sexual	116	27,1	281	16	166	11	97	10,7	41	9,5	19	3	720	12,8
Neglig/Abandono	26	6,1	61	3,5	57	3,8	26	2,9	34	7,9	347	55,7	551	9,8
Outras ²	66	15,4	258	14,7	179	11,9	133	14,7	75	17,4	25	4	736	13,1
Meio de agressão														
Força corporal	251	59,3	1.100	63,6	939	63,1	551	61,8	235	55,4	201	33,8	3.277	45,2
Ameaça	140	32,9	622	35,8	582	38,9	344	38,3	126	29,4	147	24,3	1.961	27
Enven/intoxica	58	13,6	205	11,8	145	9,7	122	13,5	65	15	21	3,4	616	8,5
Obj perfurocortante	46	10,8	144	8,3	157	10,5	66	7,3	41	9,5	13	2,1	467	6,4
Arma de fogo	44	10,3	106	6,1	69	4,6	28	3,1	22	5,1	9	1,4	278	3,8
Enforcamento	15	3,5	88	5,1	71	4,7	33	3,7	11	2,6	3	0,5	221	3
Obj. Contund.	9	2,1	71	4,1	60	4	37	4,1	28	6,5	15	2,4	220	3
Subst./objeto quente	2	0,5	15	0,9	13	0,9	8	0,9	4	0,9	5	0,8	47	0,6
Outros	11	2,6	60	3,5	43	2,9	25	2,8	6	1,4	25	4	170	2,3
Violência de repetição														
Sim	151	35,3	745	42,5	781	51,8	479	53	194	44,8	355	57	2.705	47,9

Legenda: (...) dado numérico igual a zero.

Notas: ¹habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, outros. 2 Tortura, Intervenção legal, tráfico de seres humanos, tentativa de suicídio e outras.

*Não corresponde a 100%, pois se trata de uma questão de múltipla escolha

Fonte: SMS/CE/Sinan Net

Tabela 2: Distribuição dos casos de violência notificados pelo programa Mulher de Verdade, segundo características do provável autor da agressão. Curitiba e Região Metropolitana, 2013-2015

Relação da vítima com o provável autor da agressão	18 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 anos e mais		Total	
	n = 428		n = 1.752		n = 1508		n = 903		n = 433		n = 623		n = 5.647	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Autor provável da agressão¹														
Cônjuge/Ex-cônjuge	108	24,4	765	43	811	53,3	474	51,9	158	35,7	73	10,5	2.389	41,2
Desconhecido	130	29,3	321	18	222	14,6	116	12,7	57	12,9	27	3,9	873	15,1
Própria pessoa	66	14,9	250	14	188	12,3	132	14,5	76	17,2	23	3,3	735	12,7
Namorado/Ex-namorado	23	5,2	89	5	58	3,8	25	2,7	9	2	1	0,1	205	3,5
Filho(a)	...	...	2	0,1	14	0,9	33	3,6	69	15,6	365	52,7	483	8,3
Conhecido	44	9,9	141	7,9	93	6,1	59	6,5	25	5,7	18	2,6	380	6,6
Outros	16	3,6	73	4,1	48	3,2	33	3,6	34	7,7	132	19,1	336	5,8
Irmão	12	2,7	36	2	32	2,1	24	2,6	9	2	25	3,6	138	2,4
Pai/padrasto	16	3,6	45	2,5	26	1,7	3	0,3	...	...	...	...	90	1,6
Mãe	20	4,5	36	2	22	1,4	3	0,3	2	0,5	...	...	83	1,4
Cuidador	...	...	...	...	...	...	1	0,1	...	...	21	3	22	0,4
Patrão	3	0,7	7	0,4	2	0,1	7	0,8	...	...	1	0,1	20	0,3
Pessoa c/ relaç. Institucional	2	0,5	9	0,5	1	0,1	1	0,1	2	0,5	5	0,7	20	0,3
Policial/agente da lei	3	0,7	6	0,3	6	0,4	2	0,2	1	0,2	1	0,1	19	0,3
Total ¹	443	100	1780	100	1523	100	913	100	442	100	692	100	5.793	100
Suspeita de uso abusivo de álcool														
Sim	166	38,8	708	40,5	648	43	388	43	152	35,1	144	23,2	2.206	39,1

Fonte: SinanNet/SMS Curitiba

Nota: Uma mesma mulher pode ter sido agredida por mais de um agressor.

Discussão

Em 2002, quando ainda não havia normas legais, a implantação de um programa com o objetivo de atender e registrar casos de violências contra mulheres foi considerada pioneira e importante avanço para a área da saúde no Brasil. As notificações deram visibilidade ao problema, reforçando a necessidade de implementação de políticas públicas para a vigilância e enfrentamento do fenômeno. As notificações de violências sofridas por mulheres têm apresentado tendência de crescimento, mostrando sua pertinência e relevância enquanto problema de intervenção na saúde coletiva (GARCÍA-MORENO et al., 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

A análise das bases de dados produzidas no período de 2002 a 2015 no município de Curitiba demonstrou um aumento de mais de 1800%: de 124 casos (2002) para 2.245 (2015), e um aumento percentual mediano de 21,6% a cada ano. Observa-se importante crescimento, especialmente no período de 2013-2015, quando foram notificados 5.647 casos, ou seja, 43,3% do total no período investigado. Os resultados refletem os avanços da implementação das políticas públicas e da rede de serviços intersetoriais como a Lei Maria da Penha, juizados, centros de referência, Casa da Mulher Brasileira, entre outros (BRASIL, 2016a).

Os resultados da pesquisa correspondem às propostas de construção das políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero a nível internacional, nacional e local, que sugerem uma maior efetividade quanto maior a compreensão do problema e envolvimento de diferentes órgãos na implementação da política. A criação de serviços de atenção especializada consiste em importante medida de prevenção à violência contra as mulheres (WALBY et al., 2015).

Estima-se que, para cada caso de violência que chega aos serviços de saúde e é notificado, existam outros oito que se tornam invisíveis por diversas razões (WALBY et al., 2015). Ainda que a análise reflita a realidade parcial dos dados que chegaram aos serviços analisados, autores apontam os desafios e potencialidades da avaliação de programas e serviços de enfrentamento à violência (BENNET et al., 2004; KIND et al.). Nesse sentido, o levantamento e a análise de programa, com mais de 16 anos de existência, representam importante experiência para a contínua construção da política estatal de enfrentamento à violência contra as mulheres.

As análises das bases de dados de notificação do Programa Mulher de Verdade mostram que os maiores percentuais de casos notificados incidem sobre o gênero feminino. O percentual de notificações de violência

doméstica e sexual, no período de 2013 a 2015, foi de 88,11% e, se forem consideradas as notificações de menores de 18 anos, o percentual do sexo feminino diminui para 60,44% (PERES et al., 2014). As notificações no Viva Sinan compreendem a violência doméstica (seja de natureza sexual, física, psicológica/moral e financeira/econômica) de mulheres, crianças e homens. Apenas nos casos de violência urbana não são incluídos os homens adultos com idades de 20 a 59 anos (BRASIL, 2011).

As análises dos dados do Sinan-PR entre 2009 e 2012 em relação às notificações da violência doméstica e sexual mostram que, desde o início da adolescência até o final da maturidade (10 a 59 anos), essas formas de violências destacam-se nas mulheres (PERES et al., 2014), sendo 60 a 70% no Brasil. No ano de 2015, foram notificados 162.575 casos de violências contra mulheres (67,1% do total), a maioria na faixa etária de 20 a 59 anos, e a violência física foi a que mais ocorreu (48,1%), seguida da psicológica/moral e sexual (WASELFISZ, 2015).

Já em relação às faixas etárias de maior incidência da violência no programa Mulher de Verdade, constata-se que 81,3% ocorreram na faixa etária de 18 a 49 anos, sendo que a faixa mais atingida foi a de 18 a 29 anos, com cerca de 41%. Em relação à categoria raça/cor, as análises apontaram que a maioria tem registro de cor branca (68,8%), quanto à raça/cor, pelas análises dos dados nacionais do Sinan de 2013, as brancas representaram 40,1% e as pardas e negras, 41,7% dos casos notificados nesse período. Em 2015, as mulheres negras e pardas eram 43,5% e as brancas 40,4%. Constata-se que os dados do programa Mulher de Verdade, no que diz respeito à raça/cor, diferenciam-se dos dados nacionais, com maior ocorrência de casos em mulheres brancas 68,8%, seguidas das pardas e pretas (24,9%) (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017; WASELFISZ, 2015). Saliente-se que a região Sul concentra 78,47% da população que se autodeclara branca, sendo que a média nacional é de 47,23% (IBGE, 2010).

Quanto à escolaridade, os dados mostram que 42% das mulheres com casos notificados tinham mais de nove anos de estudo e apenas 1,8% eram analfabetas. Tal realidade já é conhecida nas pesquisas acerca das violências contra mulheres, destacando que elas independem da escolaridade, bem como da renda e faixa etária. Em relação à escolaridade, chama a atenção o alto percentual de não preenchimento desse campo (20,8%), o que talvez possa refletir item pouco valorizado pelos profissionais de saúde, mas que é importante indicador de vulnerabilidade social.

As violências contra mulheres independem de classe social, nível educacional, renda e idade, atingindo de forma mais impactante as classes sociais mais baixas, considerando a sobreposição de vulnerabilidades. É certo que o gênero não está composto apenas pela construção social da diferença entre sexos, mas está marcado por determinantes de classe, raça, etnia, orientação sexual, idade etc.

Em relação ao local de ocorrência das violências, os dados mostraram que 73,7% aconteceram nas residências, o que corresponde ao padrão das notificações no país. Em 2011, 71,8% dos casos aconteceram na própria residência das mulheres e foram cometidos pelos seus companheiros ou maridos. Em 63% dos casos, ocorreram também na residência (BRASIL, 2016a; PERES et al., 2014; WAISELFISZ, 2015). Assim, observamos que o espaço privado familiar, que poderia significar local de proteção junto a pessoas de confiança, é por excelência o espaço de maior vulnerabilidade para a violência doméstica e sexual (SCHRAIBER et al., 2009).

Existe um risco oito vezes maior das mulheres sofrerem violências em seus lares e espaços de convivência privada, perpetradas pelos maridos, companheiros, ou outros membros dessa convivência, do que na rua ou no espaço de convivência social (KRUG et al., 2002). Entre as idosas, os principais agressores identificados, neste estudo, foram os filhos (52,7%), o que corrobora estudo nacional, no qual a violência também foi recorrente e associada ao uso de álcool pelos agressores (MASCARENHAS et al., 2012).

Os resultados confirmam a lógica histórica das relações patriarcais com uma dicotomia marcada entre os âmbitos público e privado. O espaço privado é marcado pelas relações individualistas de posse e dominação masculina, que não se resumem à posse da propriedade, mas também da esposa e filhas e filhos do casal. O patriarcado pressupõe relações – formalmente – monogâmicas, nas quais se estabelece um regime patrimonial entre os cônjuges e confere ao homem o poder decisório sobre a família. Às mulheres, é esperado que ocupem os espaços privados e, enquanto propriedade de seus maridos, lhes prestem obediência (KOLLONTAI, 1977).

A teorização sobre o patriarcado e as relações de poder no âmbito das famílias contribui no entendimento de grande parte da violência de gênero e a lógica histórica de exclusão das mulheres dos espaços públicos. O dever de obediência da mulher ao homem/marido/proprietário/pai reflete a lógica de dominação do sexo masculino, que prevalece e se confirma nos dados levantados. Ressalta-se a crítica de autores que apontam a limitação

das teorias acerca da dominação patriarcal como explicação da violência cometida contra mulheres negras. Tais autores questionam algumas regras de proibição ao trabalho de mulheres brancas no contexto extrafamiliar, enquanto praticamente havia uma obrigação do trabalho das mulheres negras (CRENSHAW, 1989; DAVIS, 2016).

Quanto à natureza das violências, constatou-se a ocorrência da violência física, em maior proporção, seguida da psicológica e sexual. A violência física, com os maiores índices das notificações em Curitiba e no país, geralmente não é a primeira manifestação da violência doméstica intrafamiliar na relação entre parceiros, mas é a mais perceptível e também a mais denunciada. As instituições hospitalares foram as que mais denunciaram, resultado que pode indicar a gravidade da violência, ao ensejar algum tipo de atenção ao agravo (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017; SILVA; OLIVEIRA, 2016; WASELFISZ, 2015).

Muitas vezes, as violências psicológica e moral não ficam evidentes às mulheres ou à sociedade, estando implícitas na cultura de dominação masculina e subalternidade feminina. Geralmente, precedem à violência física e, frequentemente, acontecem associadas, sendo que a física é reconhecida de maneira mais clara pelas mulheres e pessoas próximas, uma vez que é vista como mais gravosa e deixa, usualmente, sinais ou marcas aparentes, necessitando de atendimento de saúde. A violência sexual é mais dificilmente identificada nas relações entre casais, por predominar uma lógica patriarcal do sexo enquanto obrigação da mulher dentro das relações conjugais (BRASIL, 2011; WHO, 2013).

No entanto, o elevado percentual de violência física e de notificações nos estabelecimentos hospitalares no período alertam para uma possível gravidade das ocorrências. A violência psicológica/moral, apesar de não deixar marcas visíveis, é motivo de grande sofrimento e causa de inúmeras doenças emocionais cujos sintomas muitas vezes passam despercebidos pelos profissionais de saúde, ou são interpretados como doenças psiquiátricas, sem que haja identificação do nexos causal com a violência de gênero. Tal realidade pode ser devida à falta de preparo dos profissionais para lidar com essas questões (GARCÍA-MORENO et al., 2015; WHO, 2013; WHO, 2014).

Conclusões

O presente artigo analisou os dados de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências contra mulheres atendidas no Programa Mulher de Verdade, período de 2002 a 2015. Desvelou-se um perfil epidemiológico

das violências, das agredidas e dos autores das agressões, demonstrando fluxos à consolidação do programa, num progressivo aumento de fontes notificadoras e de registro de casos. Tal aumento se relaciona a uma melhora na sensibilidade do sistema para tal agravo, porém, é possível que tal realidade também esteja associada à exacerbação do machismo em nossa sociedade. Essas informações, além de dar visibilidade ao fenômeno, subsidiam as ações dos gestores ao aproximar progressivamente o diagnóstico à realidade e, conseqüentemente, permitem melhor direcionamento da política pública e dos investimentos à realidade local. Apesar dos dados refletirem apenas os casos que chegaram aos serviços de saúde e foram notificados, acredita-se que conhecer o perfil das notificações de um programa com mais de 16 anos de implantação é de grande importância para o planejamento, organização e avaliação desta política de intervenção.

Referências

BENNETT, L.; RIGER S.; SCHEWE, P.; HOWARD, A.; WASCO, S. Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 19, n. 7, p. 815-29, 2004.

BRASIL. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Resumo executivo saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. 1. ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. **Viva**: instrutivo de notificação de violência Interpessoal e autoprovocada. 2. ed, Brasília, DF: Ministério da Saúde 2016b.

BRASIL. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2013 e 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CEPAL. El feminicidio, la expresión más extrema de la violencia contra las mujeres. **Notas para la igualdad**, Santiago, n. 27, 2018.

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**, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.

CURITIBA. **Protocolo de atenção à mulher em situação de violência**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2008.

CURITIBA. Mulher de verdade. **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3oCysQJ>. Acesso em: 5 out. 2016.

CURITIBA. Rede de Serviços do SUS Curitiba. **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, 2017a. Disponível em: <https://bit.ly/3jdJ5Zc>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CURITIBA. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2017b.

DATASUS. População residente – estudo de estimativas populacionais por município, Idade e Sexo 2000-2020. **DATASUS**, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/31utZq1>. Acesso em: 26 mar. 2021.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

GARCÍA-MORENO C.; ZIMMERMAN C.; MORRIS-GEHRING A.; HEISE L.; AMIN A.; ABRAHAMS N. et al. Addressing violence against women: a call to action. **The Lancet**, Amsterdam, v. 385, n. 9978, p. 1685-1695, 2015.

IBGE. População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade. **Sistema IBGE de Recuperação Automática**, [20--]. Disponível em: <https://bit.ly/3j7eFYs>. Acesso em: 24 jul. 2019.

KIND, L.; ORSINI, M. L. P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A.; FERREIRA, M. F. F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013.

KOLLONTAI, A. sexual relations and the class struggle. *In*: KOLLONTAI, A. **Selected Writings**. New York: W W Norton, 1977.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZAO, R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO-ANDRADE, S. S. C.; NEVES, A. C. M.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C.

Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

PERES, E. L.; TISSERANT, A. E.; MAFIOLETTI, T. M.; FURTADO, M. S.; PELLANDA, V. S.; OLIVEIRA, C. A. Perfil Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas. In: MAFIOLETTI, T. M.; PERES, E. L. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Curitiba: SESA/SVS, 2014.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; PORTELLA, A. P.; MENIUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, 2015.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2., p. 331-342, 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF: Flasco, 2015.

WALBY, S.; OLIVE, P.; TOWERS, J.; FRANCIS, B.; STRID, S.; KRIZSAN, A. et al. Strategic planning and coordination. In: WALBY, S.; OLIVE, P.; TOWERS, J.; FRANCIS, B.; STRID, S.; KRIZSAN, A. et al. **Stopping rape: towards a comprehensive policy**. Bristol: Policy Press. 2015.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. **Global Status Report on Violence Prevention**. Geneva: World Health Organization, 2014.

Recebido em novembro de 2019.

Aprovado em setembro de 2020.