

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol**

**FABRÍCIO GONÇALVES DE OLIVEIRA**

**MODELO DE SÉRIES TEMPORAIS APLICADO A  
CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões  
Coorientador: Prof. Dr. Willians Cassiano Longen

**CRICIÚMA  
2017**

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

O48m Oliveira, Fabrício Gonçalves de.  
Modelo de séries temporais aplicado a caracterização da incidência de mulheres em situação de violência doméstica / Fabrício Golçalves de Oliveira. – 2017.  
74 p: il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, SC, 2017.

Orientação: Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões.

Coorientação: Willians Cassiano Longen.

1. Violência doméstica – Taxa de notificação. 2. Violência contra as mulheres – Indicadores sociais. 3. Direitos da mulher. I. Título.

CDD. 22ª ed. 362.83

**FABRÍCIO GONÇALVES DE OLIVEIRA**

**MODELO DE SÉRIES TEMPORAIS APLICADO A  
CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Gestão do Cuidado e Educação em Saúde e Linha de Pesquisa de Epidemiologia aplicada em Serviços de Saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 06 de abril de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª. Priscylla Waleska Targino de Azevedo Simões - Doutora -  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UNESC - Orientadora

Prof. Jacks Soratto – Doutor – Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva - UNESC

Profª. Karin Martins Gomes – Doutora – UNESC – Programa de  
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

### **Folha Informativa**

As referências e citações da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT.

Este trabalho foi realizado utilizando a infraestrutura do Laboratório de Tecnologia da Informação e Comunicação na Saúde.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar a saúde necessária em todos os dias de minha vida.

Aos meus pais Vadir e Marlene por sempre acreditarem no meu esforço e na minha capacidade. Obrigado incondicionalmente

À minha esposa Claudia, por me dar apoio em todos os momentos. Sempre me proporcionando todo o amor para que este sonho fosse realizado. Agora é real e verdadeiro, é nosso!!!

Aos meus irmãos Elaine e Fernando, que confiaram na minha capacidade de poder concretizar este sonho.

À minha orientadora Profa. Dra. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, que não mediu esforços para que tudo estivesse dentro do planejado. Obrigado pelo aprendizado e pela incansável dedicação para com este trabalho. Fica aqui o meu muitíssimo OBRIGADO!!!

Ao meu coorientador e amigo, Prof. Dr. Willans Cassiano Longen, por acreditar na minha capacidade de poder contribuir conhecimentos.

Às Profa Fabiane Ferraz e Priscila Schacht Cardozo, por nos proporcionar o suporte necessário para o sucesso deste trabalho.

À equipe do Laboratório de TI na Saúde, através dos senhores Felipe, Eduardo e Pedro.

Aos professores, Dr. Jacks Soratto e Dra Karin Martins Gomes, bancas da defesa, que contribuíram e somaram no aperfeiçoamento desta dissertação.

À todos os professores, mestrandos e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), que com muito companheirismo me ajudaram a me tornar mestre.



E por fim, aos amigos, que sempre confiaram muito no meu trabalho.



Dedico esta dissertação à todas as  
mulheres vítimas de violência  
doméstica, que com muitos  
esforços lutam por tempos  
melhores



## RESUMO

**Introdução:** A Violência Doméstica é algo de significativa preocupação para a sociedade, em especial para o setor de saúde, e tem se tornado um problema de Saúde Pública devido ao aumento dos casos realizados nos últimos anos em mulheres. Por outro lado, a escassez de dados é um fator determinante, e a questão ainda é pouco relatada nos diagnósticos e nos Serviços de Saúde Pública. **Objetivo:** O objetivo geral deste trabalho foi estimar a taxa de notificação de violência doméstica contra mulheres no Brasil, Região Sul, Santa Catarina, e Microrregião de Criciúma no período de 2009 a 2013. **Métodos:** Estudo ecológico e descritivo, sendo a Violência Doméstica a variável dependente, e variáveis independentes a idade, região geográfica de residência, e o agressor. Foi calculada a taxa pela divisão das notificações de violência doméstica pela população feminina residente no mesmo local e período, multiplicando-se por 10.000. **Resultados:** No período de 2009 a 2013 ocorreram 197.476 notificações de Violência Doméstica no Brasil, equivalendo a uma taxa bruta de 4,0 notificações/10.000 mulheres. As Regiões que apresentaram maiores taxas de notificação de violência doméstica foram a Sul (6,2 notificações/10.000 mulheres), sucedida pela Centro-Oeste (5,3 notificações/10.000 mulheres); com aumento representado por crescimento linear ( $y=1,4747x - 0,4539$ ) das taxas de notificação em decorrência do período considerado ( $r^2=0,9847$ ). Os Estados que apresentaram maiores taxas foram o Mato Grosso do Sul (18,2 notificações/10.000 mulheres), seguido pelo Acre (8,0 notificações/10.000 mulheres), Paraná (6,6 notificações/10.000 mulheres) e Rio Grande do Sul (6,5 notificações/10.000 mulheres). Houve predominância do cônjuge (2,3 notificações/10.000 mulheres), seguido pelo ex cônjuge (0,8 notificações/10.000 mulheres), mãe (0,7 notificações/10.000 mulheres) e pai (0,6 notificações/10.000 mulheres), e considerando a série histórica, o aumento mais expressivo (542,85% entre 2009 e 2013) ocorreu nas taxas associadas ao cônjuge (variando de 0,7 notificações/10.000 mulheres em 2009 para 3,8 notificações/10.000 mulheres em 2013), representada por crescimento linear ( $y=0,8342x - 0,2202$ ;  $r^2=0,9849$ ). Na análise por idade, as mulheres de 20 a 29 anos representaram a categoria predominante (5,3 notificações/10.000 mulheres), sucedidas pelas de 30 a 39 anos (5,2 notificações/10.000 mulheres), no entanto, observou-se expressão polinomial ( $y=-0,1836x^2 + 0,8138x + 4,194$ ) na avaliação das taxas em relação à idade, que mostrou aumento das taxas de notificação até os 29 anos, e diminuição a partir dessa idade ( $r^2=0,9109$ ). Os dados associados a



Microrregião de Criciúma (12,8 notificações/10.000 mulheres), Santa Catarina (5,3 notificações/10.000 mulheres) e Região Sul (6,2 notificações/10.000 mulheres) foram superiores à média nacional (4,0 notificações/10.000 mulheres), característica que se manteve em todo o período do estudo, apesar do aumento observado no período; tal crescimento das taxas de notificação em decorrência do período, revelou-se linear nas quatro regiões supracitadas, no Brasil, sendo representado pela fórmula  $y = 5,392x - 3,3872$  ( $r^2=0,9988$ ), na Região Sul por  $y = 2,8145x - 2,2185$  ( $r^2=0,9690$ ), em SC pela fórmula  $y = 1,941x - 0,5614$  ( $r^2=0,9254$ ), e na Microrregião de Criciúma pela fórmula  $y = 1,4747x - 0,4539$  ( $r^2=0,9847$ ). **Conclusão:** As taxas de notificação associadas a mulheres em situação de Violência Doméstica no Brasil e demais regiões aumentaram no período de 2009 a 2013. A população predominante foi composta por mulheres adultas, residentes da Região Sul, sendo a violência mais praticada pelo cônjuge e ex cônjuge. Tal situação sustenta a necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família, por ser um dos *locus* principais de acolhimento das mulheres vítimas de violência. Oportunizando a qualificação deste espaço busca-se garantir a propagação dos direitos das mulheres, principalmente cessando que atos violentos se repitam cotidianamente nos territórios de saúde.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica. Gênero. Epidemiologia. Saúde Coletiva. Direitos da Mulher. Defesa da Mulher.



## ABSTRACT

**Introduction:** Domestic Violence is of significant concern to society, especially to the health sector, and has become a Public Health problem due to the increase in cases in recent years in women. On the other hand, the scarcity of data is a determining factor, and the issue is still little reported in the diagnoses and in the Public Health Services. **Objective:** The overall objective of this study was to estimate the rate of notification of domestic violence against women in Brazil, Southern Region, Santa Catarina, and Criciúma Micro-region from 2009 to 2013. **Methods:** An ecological and descriptive study, with the dependent variable being the domestic violence and independent variables were the age, geographic region of residence, and the aggressor. The rate was calculated by dividing the notifications of domestic violence by the female population living in the same place and period, multiplying by 10,000. **Results:** During the period from 2009 to 2013, there were 197,476 notifications of Domestic Violence in Brazil, equivalent to a gross rate of 4.0 notifications / 10,000 women. Regions with the highest reported rates of domestic violence were in the South (6.2 notifications / 10,000 women), followed by the Center-West (5.3 notifications / 10,000 women); with increase represented by linear growth ( $y = 1.4747x - 0.4539$ ) of notification rates due to the period considered ( $r^2 = 0.9847$ ). The states that presented the highest rates were Mato Grosso do Sul (18.2 notifications / 10,000 women), followed by Acre (8.0 notifications / 10,000 women), Paraná (6.6 notifications / 10,000 women) and Rio Grande do Sul (6.5 notifications / 10,000 women). There was a predominance of the spouse (2.3 notifications / 10,000 women), followed by the former spouse (0.8 notifications / 10,000 women), mother (0.7 notifications / 10,000 women) and father (0.6 notifications / 10,000 women). And considering the historical series, the most significant increase (542.85% between 2009 and 2013) occurred in the rates associated with the spouse (ranging from 0.7 notifications / 10,000 women in 2009 to 3.8 notifications / 10,000 women in 2013), represented by linear growth ( $y = 0.8342x - 0.2202$ ;  $r^2 = 0.9849$ ). In the analysis by age, women from 20 to 29 years old represented the predominant category (5.3 notifications / 10,000 women), followed by those aged 30 to 39 years (5.2 notifications / 10,000 women). However, polynomial expression was observed ( $y = -0.1836x^2 + 0.8138x + 4.194$ ) in the evaluation of the rates in relation to age, which showed an increase in notification rates up to 29 years, and a decrease from that age ( $r^2 = 0.9109$ ). The data associated with Criciúma Micro-region (12.8



notifications / 10,000 women), Santa Catarina (5.3 notifications / 10,000 women) and Southern Region (6.2 notifications / 10,000 women) were higher than the national average (4.0 notifications /10,000 women). This characteristic was maintained throughout the study period, despite the increase observed in the period; the increasing of notification rates as result to the period, turned out to be linear in the four regions mentioned above. In Brazil, represented by the formula  $y = 5,392x - 3,3872$  ( $r^2=0,9988$ ), in the south region by  $y = 2,8145x - 2,2185$  ( $r^2=0,9690$ ), in Santa Catarina by the formula  $y = 1.941x - 0.5614$  ( $r^2 = 0.9254$ ), and in Criciúma Micro-region by the formula  $y = 1.4747x - 0.4539$  ( $r^2 = 0.9847$ ).

**Conclusion:** Reporting rates associated with domestic violence in Brazil and other regions increased in the period from 2009 to 2013. The predominant population was composed of adult women, residents of the Southern Region, the violence being most practiced by the spouse and ex-spouse. This situation supports the need to expand and strengthen the Primary Health Care network, in particular the Family Health Strategy, since it is one of the main locus for receiving women victims of violence. Qualifying this space seeks to ensure the propagation of women's rights, especially ceasing violent acts are repeated daily in health territories.

**Keywords:** Domestic Violence. Genre. Epidemiology. Public Health. Women Rights. Women's Defense.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|           |  |
|-----------|--|
| AB        | Atenção Básica   |
| ANOVA     | Análise de Variância                                   |
| APS       | Atenção Primária em Saúde                              |
| CID-10    | Classificação Internacional de Doenças                 |
| DATASUS   | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  |
| ESF       | Estratégia Saúde da Família                            |
| IBGE      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística        |
| NUPREVIPS | Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde                           |
| SAMU      | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência               |
| SINAN     | Sistema de Informação de Agravos de Notificação        |
| SPSS      | Statistical Package for the Social Sciences            |
| Y-9       | Agressão por meios não especificados                   |



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Região Brasileira.....  | 39 |
| <b>Figura 2</b> - Análise geoespacial das taxas de notificação por Violência Doméstica no Brasil.....  | 40 |
| <b>Figura 3</b> - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Região Brasileira .....   | 41 |
| <b>Figura 4</b> - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Unidade de Federação.....   | 41 |
| <b>Figura 5</b> - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Unidade de Federação .....  | 42 |
| <b>Figura 6</b> - Taxas de notificação por Violência Doméstica por grau de parentesco do agressor .....  | 43 |
| <b>Figura 7</b> - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por grau de parentesco do agressor .....                                      | 43 |
| <b>Figura 8</b> - Taxas de notificação da Violência Doméstica por idade .....  | 44 |
| <b>Figura 9</b> - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica da faixa etária das mulheres agredidas.....                                   | 45 |
| <b>Figura 10</b> - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Microrregião Catarinense .....   | 46 |
| <b>Figura 11</b> - Análise geoespacial das taxas de notificação por Violência Doméstica em Mulheres por Microrregião Catarinense .....                           | 47 |
| <b>Figura 12</b> - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Microrregião Catarinense .....   | 48 |
| <b>Figura 13</b> - Taxa de notificação média por Violência Doméstica no Brasil, Santa Catarina, Região Sul e Microrregião de Criciúma....                        | 48 |
| <b>Figura 14</b> - Série Histórica das taxas de notificação média por Violência Doméstica no Brasil, Santa Catarina, Região Sul e Microrregião de Criciúma ..... | 49 |



## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>25</b> |
| 1.1. DESVENDANDO A VIOLÊNCIA .....  | 25        |
| 1.2 A TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA .....  | 27        |
| 1.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....   | 28        |
| <b>1.3.1 Normas e leis contra a violência da mulher</b> .....                   | <b>30</b> |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | <b>34</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....   | 34        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 34        |
| <b>3 MÉTODOS</b> .....  | <b>35</b> |
| 3.1 HIPÓTESES .....   | 35        |
| 3.2 DESENHO DO ESTUDO.....  | 35        |
| 3.3 VARIÁVEIS .....   | 35        |
| 3.4 LOCAL DO ESTUDO .....   | 35        |
| 3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....   | 35        |
| 3.6 AMOSTRA .....   | 36        |
| 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....  | 36        |
| 3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA .....   | 37        |
| 3.9 INSTRUMENTO DE COLETA .....   | 37        |
| 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....   | 37        |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....   | <b>38</b> |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....  | <b>50</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....  | <b>58</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>59</b> |
| <b>APÊNDICE</b> .....   | <b>65</b> |
| <b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS</b> .....                            | <b>66</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....   | <b>69</b> |
| <b>ANEXO A –FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN</b> .....                             | <b>70</b> |
| <b>ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS</b> ..... | <b>72</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

Em um relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de quinhentas milhões de pessoas perdem as vidas assassinadas a cada ano. Incluem-se nestes números milhares de crianças, mulheres e homens que sofrem com as consequências da violência em suas casas, escolas e comunidades (OMS, 2014).

As mulheres historicamente sofrem com muitas formas de violência, sejam elas provocadas pelo poder nas relações afetivas, desigualdades sociais, diferenças políticas e econômicas e até pelo direcionamento religioso. Alguns fatores estão associados ao gênero, raça/etnia e sexualidade. A mulher sofre com o desrespeito de seus direitos, sendo violentada em seu lar, nas ruas, nas organizações, no judiciário, na mídia e até mesmo na literatura (SANTIAGO, 2007).

O tema, ou seja, a violência, é abordado diariamente em espaços cada vez maiores, como nas mídias faladas e escritas, nas conversas entre colegas, nas pesquisas de opinião pública, nas discussões políticas e nas igrejas, enfim, no dia a dia dos indivíduos de nossa sociedade (NORONHA; DALTRO, 1991).

### 1.1. DESVENDANDO A VIOLÊNCIA

A violência, sempre esteve presente na humanidade e seus embates podem ser esclarecidos de várias formas no mundo. É sabido que um milhão de pessoas perdem a vida anualmente. Além da perda, existem as lesões corporais sem perda da vida, que são resultantes de autoagressões, agressões interpessoais e de violência coletiva. Existe a estimativa de que a violência é uma principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos no mundo (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A palavra violência provém do vocábulo em latim, encontramos *violentia*, com significado de caráter violento, de força, vigor, potência e emprego de força física. Outro sentido da palavra é destacado como quantidade, abundância, essência e força na ação (BONAMIGO, 2008). Já para o grego, é correspondida como significado de músculo, ou ainda o vigor, possuindo como consequência o emprego da força que obriga e faz a violência (MICHAUD, 1989).

Os atos violentos não possuem uma forma clara de definição, mas para a OMS, ela é definida como qualquer ação de força física ou de poder, sendo real ou na forma de ameaça, de forma intencional contra qualquer pessoa, grupos ou comunidades (WHO, 1996).

O termo, de natureza polissêmica, pode ser incluído em diversas inter-relações sociais. Aprofundando-se melhor, pode ser empregado tanto para homicídios quanto para maus-tratos (emocionais, verbais e psicológicos). Em âmbito conjugal, os maus-tratos submetidos à prática de sexo sem o consentimento. Ainda se destaca os maus-tratos físicos, com isolamento da sociedade; o impedimento dos acessos à saúde e as intimações. No ramo privado pode-se destacar a violência através do assédio moral (SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

A violência é considerada um dos problemas enfrentados em saúde pública, com efeitos sobre a população, gerando altos custos (GOLDING, 1996). No mundo, ocorrem 4.400 óbitos diários por atos violentos, sejam eles pessoais ou coletivos. Portanto, destaca-se que milhares de pessoas são alvos de violências verbais ou físicas, ou seja, dezenas de milhares de pessoas são destruídas, com famílias arrasadas e com custos imensos para o tratamento (KRUG et al., 2002).

Sua origem e manifestações veem de muitos antes, já de efeitos sócio históricos ocorridos no passado, acompanhados do aprendizado da humanidade. Assim, não é por si apenas uma questão de saúde pública. O problema, afeta diretamente as questões individuais e coletivas da população, exigindo prevenção e enfrentamento, discussões para formulações políticas focadas no indivíduo e coletividades (MINAYO, 2006a).

As ações específicas na área de saúde focadas na violência, enquanto que processo social, não são abordadas, mas as incluem intrinsecamente, pois os atores ligados diretamente ao setor de saúde são direcionados na elaboração de processos para promover a saúde, na medida em que participa de ações conjuntas das relações e dúvidas da sociedade (MINAYO; SOUZA, 1997).

A ligação entre violência e criminalidade parecem estar conectadas intimamente. Isso ocorre principalmente quando o acontecimento é realizado por desconhecidos. Mas quando os fatos aparecem através de vizinhos, colegas e amigos, não o reconhecemos como violência (SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

No Brasil, este tema vem sendo fragmentado de forma progressiva. Os problemas iniciais foram debatidos inicialmente por pediatras, epidemiologistas e psiquiatras, muito embora enfermeiros, assistentes sociais e diversos profissionais tivessem conhecimento do mesmo (MINAYO, 2006a).

A Saúde Pública de nosso país está incluindo em seu cotidiano as questões relacionadas a violência, haja vista que é um tema complexo e multifatorial, envolvendo as vítimas, suas famílias e a sociedade. Este

foco de envolvimento não acomete somente o serviço público. Está presente também nos serviços privados da sociedade, em nossas crianças, adolescentes, deficientes físicos e idosos, envolvendo todas as classes sócio econômicas. Assim torna-se um foco complexo de atuação global (LABRONICI et al., 2010).

Como já destacado anteriormente, a violência contra a mulher é o resultado de diferenças culturais, políticas e religiosas. Tal construção naturalizou-se, gerando uma assimetria e justificando o domínio do homem. A forma mais comum de violência contra a mulher é justamente aquela que contém o parceiro íntimo, de diferentes raças, classes, religiões e sociais (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

É mundialmente importante destacar que, a mulher que sofre violência é responsável por 25% de faltas ao trabalho, reduzindo seus ganhos financeiros, com consequências diretas no seu adoecimento e de seus familiares (BRAZIL, 2002).

No Brasil, mais precisamente na década de 80, a violência passou a ser estudada por acarretar nas pessoas os danos psicológicos, físicos, comportamentais, dentre outros. Na mulher, a violência pode ocorrer em diversos casos, mas é principalmente no convívio familiar que está o maior índice de ocorrências (SCHRAIBER, 2005).

As estimativas relacionadas aos custos são imprecisas, mas no mundo é traduzida em bilhões de dólares (despesas) anuais nos cuidados com a saúde. Inclui-se nestes números financeiros outros bilhões nas economias dos países, nos dias não trabalhados pelas mulheres e nos investimentos perdidos (DAHLBERG; KRUG, 2006).

## 1.2 A TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Existem três grandes grupos para a tipologia da violência, a classificação habitualmente utilizada pelo informe mundial sobre a violência e a saúde destaca as categorias: violência dirigida contra si mesmo (auto infligida), violência interpessoal (doméstica) e violência coletiva (KRUG et al., 2003). Os dois primeiros grupos estão subdivididos para que fique melhor a visualização dos tipos mais específicos de violência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A primeira categoria refere-se as violências auto infligidas, ou conta si mesmo. Estas indicam o comportamento suicida, contando ainda com as mais variadas formas de automutilação. Sua descrição leva em conta desde pensamentos autodestruidores, planos para se ferir ou até se matar (KRUG et al., 2003).

No ano 2000, dados evidenciados pela OMS, indicam que um milhão de pessoas cometeram violência auto infligida, e suas consequências tem sido alarmante. Para se ter noção, uma pessoa morre por atos suicidas a cada 40 segundos, e outra realiza a tentativa contra a própria vida a cada 3 segundos (WHO, 2001).

Os dados mundiais evidenciam que, aproximadamente, um milhão de pessoas cometeram violência auto infligida, em 2000, e as consequências têm sido alarmantes. Uma pessoa morre por esse motivo a cada 40 segundos, e outra atenta contra a própria vida a cada três segundos (ETIENNE G. KRUG et al., 2002).

Neste mesmo ano, este tipo de violência alcançou o número de 6.778 óbitos, correspondendo 5,7% do total de mortes, com taxa de mortalidade igual a 4,0/100 mil habitantes, sendo que os homens obtiveram 5,0 óbitos e as mulheres 1,6, por 100 mil habitantes (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

No Brasil, mais de um milhão de pessoas morreram na década de 90 por violências, sendo que 400 mil foram por homicídio. Aqui em nosso país, como no mundo, as mortes por violência auto infligidas devem ser encaradas como um sério risco social, repercutindo na saúde pessoal e coletiva da sociedade (MINAYO, 2006b).

Discorrida a violência auto infligida, temos a violência interpessoal, que possui duas subdivisões: violência doméstica (intrafamiliar) e violência comunitária (COSTA et al., 2003).

A violência doméstica é entendida como uma ação ou omissão, trazendo prejuízo ao bem-estar, na integridade física, psicológica, e no direito pleno do desenvolvimento familiar. Seus atos podem ocorrer fora ou no interior do âmbito familiar (casa), e por qualquer integrante da família, que tenha integração com o indivíduo agredido. Está incluso também pessoas que exercem a função de pai e/ou mãe, mesmo sem laços sanguíneos (DAY et al., 2003).

### 1.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

No mundo, homens e mulheres possuem suas desigualdades de diversas maneiras. A OMS destaca que 35% das mulheres já sofreram violência física, psicológica ou sexual pelo menos uma vez na vida (GATTEGNO; WILKINS; EVANS, 2016).

O panorama da economia e da cultura do brasileiro mudou depois da metade do século XIX até após a primeira guerra mundial. Com a industrialização e urbanização, houve mudanças na vida cotidiana,

principalmente para as mulheres, que ocuparam cada vez mais espaço, como trabalhar fora de casa e estudar (BLAY, 2003).

No início desta mesma década pós primeira guerra, era claro que o trabalho feminino fora de casa trazia desagrado para a família. Assim, o estado brasileiro incluiu no Código Civil (1916), com o intuito de proteger a família, mesmo as mais pobres, o direito de que a mulher deveria ter a autorização do marido para poder trabalhar (BLAY, 2003).

Assim, a presença das mulheres trabalhadoras era sentida com uma provocação de conflitos para o sistema, que era desconhecido e amplamente dominado pelos homens (LEITE, 1994).

Até 1960, quando se focalizava a mulher, visualizavam-se atividades fundamentais femininas, sendo um apêndice familiar. Isso mostra que a história simplesmente ignorava a inclusão feminina no mercado de trabalho. Mas com frequência conseguiam sustentar-se a si mesmas, conseguiam estudar e realizavam inúmeras atividades fora do ambiente familiar (BLAY, 2001).

Na década de 70, mulheres da classe média, militantes contra a ditadura e intelectuais foram de unindo com as trabalhadoras de diferentes setores, assim formou-se um movimento das mulheres, com o propósito de igualdade dos direitos da mulher brasileira (BLAY, 2003).

Nesta mesma década que a violência contra a mulher recebeu aumento, chamando a atenção pública até meados da década de 90, buscando atenção e mobilização do poder público do Brasil. Diversos foram os problemas encontrados, como os assassinatos, estupros, agressões, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilações, dentre outras. Estas violências eram perpetuadas por diversos indivíduos, podendo ser os parceiros e seus familiares, conhecidos, estranhos e até mesmo agentes do estado (COUNCIL, 1996).

No âmbito familiar, a violência física contra a mulher, se expressa diariamente, sendo consequência na luta por poderes. Historicamente e culturalmente está situada abaixo dos homens, sendo que a muitos séculos começou-se a questionar as práticas de discriminação (MEZA et al., 2001).

A complexidade do tema violência contra a mulher requer cuidados e ações interdisciplinares, com reflexões profundas, não apenas focadas nas questões da qualidade de vida, mas também nas de convívio familiar (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

A escassez de dados é um fator determinante nas violências contra as mulheres. Em nosso país, mulheres são violentadas a cada minuto, com agressores geralmente do convívio familiar. Na atualidade, 23% destas

mulheres correm este risco diariamente (OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, 2007).

Além de escassa, a questão dificilmente é apontada nos diagnósticos e nos serviços de saúde brasileiros. Um tema de grande relevância e com grande repercussão nas condições de saúde da população (SCHRAIBER et al., 2002).

Nas últimas décadas, diversos serviços foram criados, como as delegacias das mulheres, casas de abrigo e centros multiprofissionais. Estes por sua vez, buscam principalmente nas determinantes de violência física e sexual cometidas por parceiros e ex parceiros das vítimas (SCHRAIBER et al., 2002).

Num mundo globalizado, em constantes evoluções, as mulheres vem se destacando nas esferas sociais, mas ainda continuam sendo violentadas, gerando grave problema na saúde pública (GARBIN et al., 2006).

A criação das leis fora necessária, como na corte interamericana de direitos humanos em 1979, da convenção de Belém do Para em 1994 e por fim da Lei 11.340. Estas por sua vez, garantem a integridade, previne e puni a violência contra a mulher. Mas mesmo com estas amplamente divulgadas, a violência continua aumentando, demandando novos debates sobre o assunto (SANTIAGO; COELHO, 2011).

### **1.3.1 Normas e leis contra a violência da mulher**

Ao longo da história têm acontecido em praticamente todos os países a agressão, matança e estupro de mulheres, independentemente da situação econômica em que vivem estas vítimas. O tamanho da agressão é que varia, sendo frequente com prevalência de cultura masculinizada (BLAY, 2003).

As consequências da violência doméstica podem acarretar problemas que competem à esfera jurídica, pois em muitos casos resultam de boletins de ocorrências e consequentemente crimes. Após o crime, as vítimas buscam os serviços de saúde o que levam a utilizar outro órgão da federação. Portanto, vítimas de violência buscam o judiciário e os setores de saúde quando ocorrem os acontecimentos (DOSSI et al., 2008).

O maior objetivo dos movimentos feministas foram o de garantir e caracterizar a violência de gênero como violação dos direitos humanos, elaborando uma lei que garantisse proteção (MENEGHEL et al., 2013)

O marco para a nova concepção de igualdade entre homens e mulheres aconteceu em 1988, através da constituição federal. Esta

transformação social tomou corpo a partir da segunda metade do século XX e até os dias atuais ainda não acabou (LOPES, 2006).

Em 1990, o Sistema Único de Saúde foi criado através da Lei 8.080 (BRASIL, 1990), com o intuito de garantir atendimento especializado para as mulheres, principalmente as que sofreram violência. Segundo a OMS, a cada 5 anos de violência contra a mulher ela perde um ano de vida saudável. Cabe destacar que a grande maioria de mulher buscam primeiramente os serviços de saúde para tratar seus traumas e ferimentos (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA, 2014).

Em 2013, através do Instituto Galvao, revelou-se que quase todos os brasileiros (98%) tinham ouvido falar na lei, e que a maioria estavam orientados com sua finalidade e função. A grande maioria também destaca que as mulheres (86%) iniciaram a relatar os casos de violência após a criação da lei (INSTITUTO PATRICIA GALVAO, 2013).

Em 2006, foi criada a Lei 11.340 (BRASIL, 2006c), denominada de Lei Maria da Penha, batizada com este nome pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. O embasamento jurídico para lei se deu no parágrafo 8 do artigo 226 da Constituição Federal, na convenção sobre eliminação de violência, na convenção interamericana, e em outros tratados internacionais, objetivando mecanismos de coibir a violência doméstica e familiar (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A homenagem do então presidente da república, foi para a senhora Maria da Penha Maia Fernandes, biofarmacêutica, que sofreu seis anos de atos violentos realizados pelo marido, então professor universitário. Na década de 80 ele tentou por duas vezes assassiná-la por ciúme. Em sua primeira tentativa, com arma de fogo, deixou-a paraplégica. Na segunda tentou a eletrocussão e afogamento. Após esses episódios ela denunciou, mas ele só foi punido após 19 anos de julgamento, onde permaneceu apenas dois anos em regime fechado. Ela, por sua vez, encaminhou o caso as Nações Unidas, despertando interesse no governo brasileiro (ROMAGNOLI, 2015).

Com essa história, a lei é alterada no código penal brasileiro, possibilitando que homens agressores no espaço doméstico possam ser presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. E foi assim que a agressão contra a mulher tornou-se crime, não podendo ser mais penalizados com penas alternativas, como em 1995, na época pela lei 9.099 (BRASIL, 2006b).

A lei surgiu para dar assistência à família, dando como legítima as movimentações femininas brasileiras, incluindo principalmente questões de direitos humanos das mulheres<sup>45</sup>

Conforme a lei, em seus artigos 5, 6 e 7, definem as formas de violências domésticas (BRASIL, 2006c).

O artigo 5 – define violência como qualquer ação ou omissão no gênero causando a morte, lesão, sofrimento (físico, sexual e psicológico), dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006c).

Estas ações podem ocorrer no âmbito da unidade familiar – residência com parentes ou não, incluindo pessoas que frequentam diariamente o lar; âmbito da família – conceituando família formada por indivíduos que são ou consideram aparentados, por laços naturais, afinidade e vontade expressa; qualquer relação íntima de afeto – o agressor conviveu ou convivia com a vítima, independente de coabitação e de orientação sexual (BRASIL, 2006c).

Conforme artigo 6, a violência doméstica não mais pode ser considerada um crime de menor potencial ofensivo, sendo uma importante mudança considerando violência doméstica e familiar como violação dos direitos humanos (BRASIL, 2006c; CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA, 2014).

O artigo 7º, apresenta-se extremamente didático, tirando a invisibilidade de diversas formas de violência doméstica. Todas as formas são claras no contexto da lei (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA, 2014).

Neste artigo encontramos a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006c);

A violência psicológica, é entendida como a conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006c; CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA, 2014);

A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006c);

Violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades (BRASIL, 2006c);

Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006c).

Em muitos casos, muitos advogados ainda insistem na Lei 9.099/1995 (BRASIL, 2006b). Diversos estados da federação não encaminham os processos para as varas criminais, continuando no juizado especial.

A cultura machista e conservadora tem provocado polêmica, pois com a utilização da Lei 9.099/1995, percebe-se que existe uma resistência com a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006b). Esta utilização da lei de forma errônea atrasa processos em andamento, levando estes aos tribunais superiores (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA, 2014).

O art. 15, das competências, por opção da ofendida, para os processos cíveis regidos pela lei pode ser no seu domicílio ou de sua residência, no lugar do fato em que se baseou a demanda e no domicílio do agressor (BRASIL, 2006c).

Em 2003, através da Lei nº 10.778, de 24 de novembro, iniciou a notificação compulsória, em todo o território nacional, incluindo casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Esta notificação deve ser realizada sigilosamente e a identificação da vítima só poderá ocorrer de forma excepcional (BRASIL, 2006a).

No ano de 2016, através do Ministerio da Saúde, surge o protocolo da atenção básica na saúde da mulher. Neste Protocolo Propõe-se ações de acolhimento com escuta qualificada, ações globais e planos de cuidados às mulheres que sofrem violencia (BRASIL, 2016).

Com base nas considerações anteriores, esta dissertação foi motivada pela falta de informações detalhadas sobre a violência doméstica no Brasil e na região Carbonífera Catarinense. Com foco mais aprimorado, pode-se traçar novos horizontes na busca por abordagens adequadas para o tema, assim, nos deparamos com a seguinte questão da pesquisa: Qual a taxa de notificação de violência doméstica contra mulheres no Brasil, região Sul, Santa Catarina, e Microrregião de Criciúma no período de 2009 a 2013?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estimar a taxa de notificações de violência doméstica contra mulheres no Brasil, região Sul, Santa Catarina, e microrregião de Criciúma no período de 2009 a 2013.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos estudados neste trabalho foram:

- a) Conhecer o coeficiente padronizado por faixa etária;
- b) Apresentar o coeficiente por região geográfica;
- c) Caracterizar o agressor.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 HIPÓTESES**

A série histórica associada à violência doméstica apresentará aumento das taxas de notificação no período de 2009 a 2013, predominante em mulheres jovens.

### **3.2 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo ecológico e descritivo.

### **3.3 VARIÁVEIS**

#### **3.3.1 Dependente**

Violência Doméstica.

#### **3.3.2 Independentes**

Faixa etária, região, e grau de parentesco.

### **3.4 LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi realizado considerando o território Brasileiro, sendo caracterizado por Regiões e Unidades de Federação; e em Santa Catarina de acordo com as divisões de Microrregião do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de residência (São Miguel do Oeste, Chapecó, Xanxerê, Joaçaba, Concórdia, Canoinhas, São Bento do Sul, Joinville, Curitiba, Campos de Lages, Rio do Sul, Blumenau, Itajaí, Ituporanga, Tijucas, Florianópolis, Tabuleiro, Tubarão, Criciúma e Araranguá).

### **3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Todas as notificações de violência doméstica contra a mulher registradas no período de 2009 a 2013 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de residentes do território nacional e por microrregião Catarinense.

### 3.5.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para o cálculo da taxa de notificação no período de 2009 a 2013, foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2006b), e o código Y09 - Agressão por meios não especificados mediante sistematização da notificação compulsória realizada no SINAN.

### 3.6 AMOSTRA

Por se tratar de um estudo censitário no qual toda a população pré-estabelecida foi incluída, tornou-se desnecessário o cálculo da amostra, totalizando, aproximadamente 300.000 notificações no Brasil, e 16.000 em Santa Catarina, registradas no SINAN no período de 2009 a 2013.

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram construídas séries históricas de 2009 a 2013, mediante notificações disponibilizadas pelo SINAN e dados populacionais oriundos do IBGE. As idades foram estratificadas de acordo com os seguintes grupos adotados pelo SINAN (BRASIL, 2015): 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 79 anos, e 80 ou mais.

Para o grau de parentesco foram utilizadas as categorias adotadas pelo SINAN (BRASIL, 2015): Pai, Mãe, Padastro, Madastra, Conjuge, ex-cônjuge, Namorado, ex-namorado, Filho e Irmão.

Foram incluídos no estudo todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, além das cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Foram consideradas as 20 Microrregiões segundo divisão do IBGE (São Miguel do Oeste, Chapecó, Xanxerê, Joaçaba, Concórdia, Canoinhas, São Bento do Sul, Joinville, Curitiba, Campos de Lages, Rio do Sul, Blumenau, Itajaí, Ituporanga, Tijucas, Florianópolis, Tabuleiro, Tubarão, Criciúma e Araranguá).

Foi calculada a frequência absoluta e relativa para todas as variáveis, e estimada a taxa bruta de notificação pela divisão dos casos notificados, pela população residente no mesmo local e período, multiplicando-se por 10.000.

Também foi calculada a taxa proporcional e padronizada por Unidade de Federação, região, Microrregião do IBGE de residência, idade, pois estas variáveis apresentaram dados disponíveis tanto no SINAN quanto no IBGE.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados apresentaram distribuição gaussiana, calculou-se a média como medida de tendência central e o desvio padrão (para a variação da média). Foi estimado o coeficiente de determinação ( $r^2$ ), e estimado o modelo matemático de regressão linear ou não linear (de acordo com o maior coeficiente de determinação) a ser utilizado visando quantificar a relação existente entre a evolução das taxas de notificação no período. Para todos os testes supracitados foi considerado o nível de significância  $\alpha=0,05$ .

A tabulação dos dados e acesso ao SINAN foi realizada a partir do programa TabNet disponível para acesso online no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os indicadores foram calculados no software Excel versão 2013, e a análise estatística no aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0.

### 3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A coleta foi realizada via sistema Tabnet disponibilizado pelo DATASUS conforme roteiro disponível no Apêndice A e Anexo A. Após a coleta de dados foi encaminhado a análise estatística.

### 3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

As notificações de violência doméstica foram obtidas via TabNet através do SINAN e os dados populacionais foram oriundos do IBGE, ambos disponíveis no site DATASUS conforme roteiro disponível no Apêndice A e Anexo A.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul (parecer número 1.871.495/2016) disponível no Anexo B, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Como foram utilizados dados de domínio público disponibilizados pelo SINAN e IBGE, não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características da violência doméstica de acordo com a taxa de notificação (por 10.000 mulheres).

**Tabela 1 – Características da amostra**

| Variável                     | Total        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012         | 2013         |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
|                              | n=197.476    | n=11.862    | n=21.773    | n=36.909    | n=57.972     | n=68.960     |
| n (taxa por 10.000 mulheres) |              |             |             |             |              |              |
| <b>Região</b>                |              |             |             |             |              |              |
| Norte                        | 12138 (3,0)  | 649 (0,9)   | 1292 (1,6)  | 2206 (2,8)  | 3217 (4,0)   | 4774 (5,7)   |
| Nordeste                     | 26527 (1,9)  | 1456 (0,5)  | 2855 (1,1)  | 4770 (1,7)  | 7489 (2,7)   | 9957 (3,5)   |
| Sudeste                      | 95173 (4,6)  | 6441 (1,6)  | 10726 (2,6) | 18626 (4,5) | 27814 (6,6)  | 31566 (7,4)  |
| Sul                          | 44345 (6,2)  | 1444 (1,0)  | 4107 (2,9)  | 7680 (5,5)  | 14442 (10,2) | 16672 (11,5) |
| Centro-Oeste                 | 19293 (5,3)  | 1872 (2,7)  | 2793 (3,9)  | 3627 (5,1)  | 5010 (6,9)   | 5991 (8,0)   |
| Brasil                       | 197476 (4,0) | 11862 (1,2) | 21773 (2,2) | 36909 (3,8) | 57972 (5,9)  | 68960 (6,8)  |
| <b>Unidade da Federação</b>  |              |             |             |             |              |              |
| Rondônia                     | 504 (1,3)    | 41 (0,6)    | 42 (0,5)    | 112 (1,4)   | 154 (2,0)    | 155 (1,8)    |
| Acre                         | 1469 (8,0)   | 54 (1,6)    | 153 (4,2)   | 293 (7,9)   | 445 (11,8)   | 524 (13,6)   |
| Amazonas                     | 3906 (4,4)   | 306 (1,8)   | 479 (2,8)   | 616 (3,5)   | 901 (5,1)    | 1604 (8,5)   |
| Roraima                      | 589 (5,3)    | 65 (3,3)    | 87 (3,9)    | 123 (5,4)   | 135 (5,8)    | 179 (7,5)    |
| Pará                         | 3765 (2,0)   | 73 (0,2)    | 326 (0,9)   | 637 (1,7)   | 1148 (3,0)   | 1581 (4,0)   |
| Amapá                        | 435 (2,6)    | 34 (1,1)    | 64 (1,9)    | 138 (4,0)   | 88 (2,5)     | 111 (3,1)    |
| Tocantins                    | 1479 (4,3)   | 76 (1,2)    | 143 (2,1)   | 287 (4,2)   | 349 (5,0)    | 624 (8,6)    |
| Maranhão                     | 1785 (1,1)   | 60 (0,2)    | 164 (0,5)   | 288 (0,9)   | 437 (1,3)    | 836 (2,4)    |
| Piauí                        | 3093 (3,9)   | 158 (1,0)   | 133 (0,8)   | 311 (1,9)   | 1296 (8,0)   | 1195 (7,4)   |
| Ceará                        | 1679 (0,8)   | 112 (0,3)   | 146 (0,3)   | 262 (0,6)   | 574 (1,3)    | 585 (1,3)    |
| Rio Grande do Norte          | 1056 (1,3)   | 25 (0,2)    | 104 (0,6)   | 224 (1,4)   | 265 (1,6)    | 438 (2,6)    |
| Paraíba                      | 2009 (2,0)   | 142 (0,7)   | 220 (1,1)   | 392 (2,0)   | 591 (3,0)    | 664 (3,3)    |
| Pernambuco                   | 9428 (4,1)   | 591 (1,3)   | 1238 (2,7)  | 1841 (4,0)  | 2409 (5,2)   | 3349 (7,1)   |
| Alagoas                      | 719 (0,9)    | 19 (0,1)    | 74 (0,5)    | 138 (0,9)   | 197 (1,2)    | 291 (1,7)    |
| Sergipe                      | 880 (1,6)    | 36 (0,3)    | 20 (0,2)    | 153 (1,4)   | 273 (2,5)    | 398 (3,6)    |
| Bahia                        | 5945 (1,6)   | 314 (0,4)   | 757 (1,1)   | 1171 (1,6)  | 1464 (2,0)   | 2239 (3,0)   |
| Minas Gerais                 | 23985 (4,7)  | 450 (0,4)   | 1683 (1,7)  | 4862 (4,9)  | 6932 (6,9)   | 10058 (9,7)  |
| Espírito Santo               | 2291 (2,5)   | 24 (0,1)    | 156 (0,9)   | 373 (2,1)   | 594 (3,3)    | 1144 (6,0)   |
| Rio de Janeiro               | 14942 (3,6)  | 493 (0,6)   | 1596 (1,9)  | 3084 (3,7)  | 4671 (5,5)   | 5098 (6,0)   |
| São Paulo                    | 53962 (5,0)  | 5475 (2,6)  | 7297 (3,4)  | 10303 (4,8) | 15619 (7,3)  | 15268 (6,9)  |
| Paraná                       | 17699 (6,6)  | 858 (1,6)   | 1288 (2,4)  | 2214 (4,1)  | 5765 (10,7)  | 7574 (13,6)  |
| Santa Catarina               | 8481 (5,3)   | 293 (1,0)   | 963 (3,1)   | 1906 (6,0)  | 2652 (8,2)   | 2667 (8,1)   |
| Rio Grande do Sul            | 18133 (6,5)  | 297 (0,5)   | 1856 (3,4)  | 3566 (6,5)  | 6013 (10,9)  | 6401 (11,3)  |
| Mato Grosso do Sul           | 11297 (18,2) | 1254 (10,6) | 1862 (15,1) | 2435 (19,6) | 2748 (21,9)  | 2998 (23,3)  |
| Mato Grosso                  | 1564 (2,1)   | 67 (0,5)    | 123 (0,8)   | 327 (2,2)   | 425 (2,8)    | 622 (4,0)    |
| Goiás                        | 4077 (2,6)   | 247 (0,8)   | 521 (1,7)   | 494 (1,6)   | 1231 (4,0)   | 1584 (4,9)   |
| Distrito Federal             | 3209 (4,6)   | 375 (2,8)   | 398 (3,0)   | 523 (3,8)   | 835 (6,0)    | 1078 (7,4)   |
| Brasil                       | 198381 (4,0) | 11939 (1,2) | 21893 (2,2) | 37073 (3,8) | 58211 (5,9)  | 69265 (6,8)  |
| <b>Parentesco</b>            |              |             |             |             |              |              |
| Pai                          | 30726 (0,6)  | 2264 (0,2)  | 3866 (0,4)  | 5506 (0,6)  | 8925 (0,9)   | 10165 (1,0)  |
| Mãe                          | 33833 (0,7)  | 2089 (0,2)  | 3930 (0,4)  | 6204 (0,6)  | 9987 (1,0)   | 11623 (1,1)  |
| Padastro                     | 16204 (0,3)  | 1589 (0,2)  | 2187 (0,2)  | 3244 (0,3)  | 4338 (0,4)   | 4846 (0,5)   |
| Madastra                     | 1498 (0,0)   | 137 (0,0)   | 196 (0,0)   | 275 (0,0)   | 365 (0,0)    | 525 (0,1)    |

|             |              |            |             |             |             |             |
|-------------|--------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Conjuge     | 113498 (2,3) | 6636 (0,7) | 12575 (1,3) | 22198 (2,3) | 33265 (3,4) | 38824 (3,8) |
| ex-cônjuge  | 38137 (0,8)  | 1929 (0,2) | 4040 (0,4)  | 6859 (0,7)  | 11435 (1,2) | 13874 (1,4) |
| Namorado    | 18028 (0,4)  | 956 (0,1)  | 1801 (0,2)  | 3463 (0,4)  | 5167 (0,5)  | 6641 (0,7)  |
| ex-namorado | 10892 (0,2)  | 585 (0,1)  | 1108 (0,1)  | 2053 (0,2)  | 3245 (0,3)  | 3901 (0,4)  |
| Filho       | 16043 (0,3)  | 891 (0,1)  | 1590 (0,2)  | 3057 (0,3)  | 4567 (0,5)  | 5938 (0,6)  |
| Irmão       | 13743 (0,3)  | 963 (0,1)  | 1485 (0,2)  | 2652 (0,3)  | 3953 (0,4)  | 4690 (0,5)  |

#### Faixa Etária

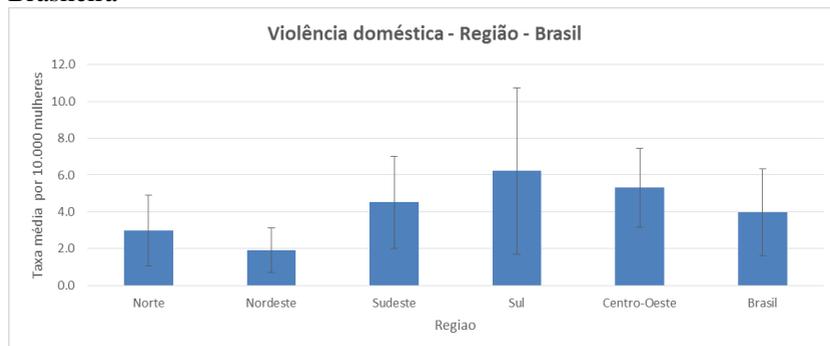
|           |             |            |            |            |             |             |
|-----------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 0-4       | 21489 (6,0) | 1567 (2,0) | 2688 (4,0) | 3949 (5,8) | 6056 (8,8)  | 7229 (9,8)  |
| 5-9       | 11270 (2,9) | 876 (1,1)  | 1498 (2,0) | 1980 (2,7) | 3289 (4,4)  | 3627 (4,6)  |
| 10-14     | 19675 (4,7) | 1349 (1,7) | 2269 (2,7) | 3584 (4,2) | 5632 (6,6)  | 6841 (8,1)  |
| 15-19     | 21326 (5,1) | 1150 (1,4) | 2134 (2,5) | 3950 (4,6) | 6396 (7,5)  | 7696 (9,1)  |
| 20-29     | 46137 (5,3) | 2656 (1,5) | 5011 (2,9) | 8832 (5,1) | 13577 (7,7) | 16061 (9,4) |
| 30-39     | 39638 (5,2) | 2178 (1,5) | 4285 (2,8) | 7539 (4,9) | 11740 (7,6) | 13896 (8,6) |
| 40-49     | 20552 (3,2) | 1172 (0,9) | 2110 (1,6) | 3854 (3,0) | 6169 (4,7)  | 7247 (5,5)  |
| 50-59     | 9031 (1,8)  | 449 (0,5)  | 953 (1,0)  | 1686 (1,7) | 2670 (2,7)  | 3273 (3,1)  |
| 60 e mais | 8305 (1,4)  | 459 (0,4)  | 817 (0,7)  | 1533 (1,3) | 2421 (2,1)  | 3075 (2,5)  |

Fonte: Do Autor.

A região Sul apresentou gradativo aumento entre os anos, com maiores picos nos anos de 2012 (10,2 notificações/10.000 mulheres) e 2013 (11,5 notificações/10.000 mulheres). De forma diferente, estão os três primeiros anos, que apresentaram taxas diferenciadas, como em 2011 (5,5 notificações/10.000 mulheres) com a metade da taxa de 2012 (10,2 notificações/10.000 mulheres).

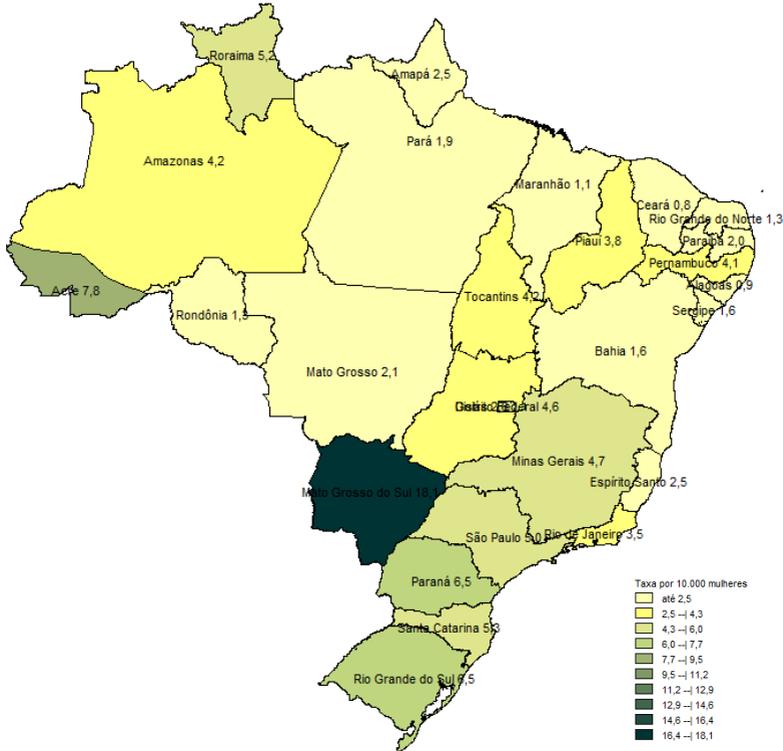
Mediante Figura 1 e Figura 2, as Regiões que apresentaram maiores taxas de notificação de violência doméstica foram a Sul (6,2 notificações/10.000 mulheres), sucedida pela Região Centro-Oeste (5,3 notificações/10.000 mulheres).

**Figura 1** - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Região Brasileira



Fonte: Do autor.

**Figura 2** - Análise geoespacial das taxas de notificação por Violência Doméstica no Brasil.

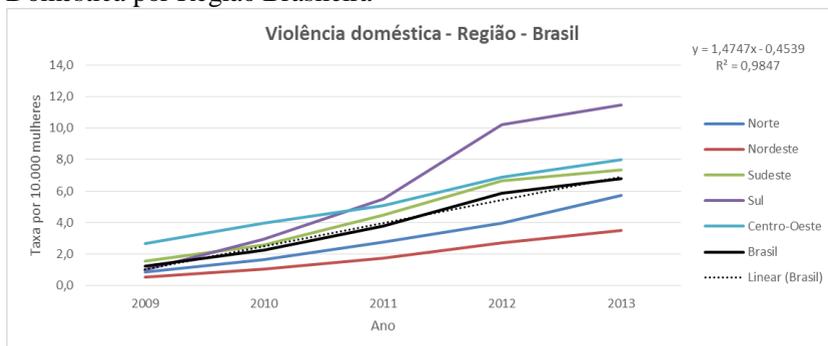


Fonte: Do autor.

Analisando a série histórica apresentada na Figura 3, pode-se observar aumento das taxas das Regiões Sul e Centro Oeste no período de 2009 a 2013. Na região Sul houve variação de 1,0 notificação/10.000 mulheres em 2009 para 11,5 notificações/10.000 mulheres em 2013; na região Centro Oeste (cujas taxas também foram maiores que as das demais regiões) a variação foi de 2,7 notificações/10.000 mulheres em 2009 para 8,0 notificações/10.000 mulheres em 2013. É importante destacar também que a região com menor variação no período do estudo foi a Região Nordeste (variação de 1,9 notificações/10.000 mulheres em 2009 para 3,5 notificações/10.000 mulheres em 2013, representando 84,21% de aumento).

A análise da série histórica compreendida entre 2009 e 2013 revela que as taxas nacionais (Figura 3) apresentaram aumento em todo o período, resultado de crescimento linear ( $y=1,4747x - 0,4539$ ) das taxas de notificação em decorrência do período considerado ( $r^2=0,9847$ ).

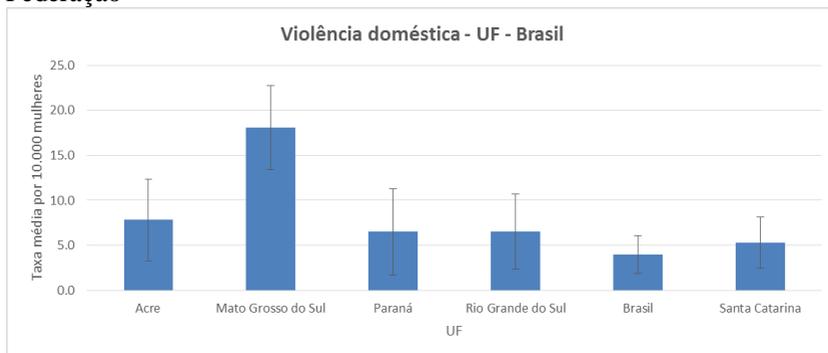
**Figura 3** - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Região Brasileira



Fonte: Do autor.

De acordo com a Tabela 1 e a Figura 4, observa-se que os estados que apresentaram maiores taxas médias foram o Mato Grosso do Sul (18,2 notificações/10.000 mulheres), seguido pelo Acre (8,0 notificações/10.000 mulheres), Paraná (6,6 notificações/10.000 mulheres) e Rio Grande do Sul (6,5 notificações/10.000 mulheres).

**Figura 4** - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Unidade de Federação

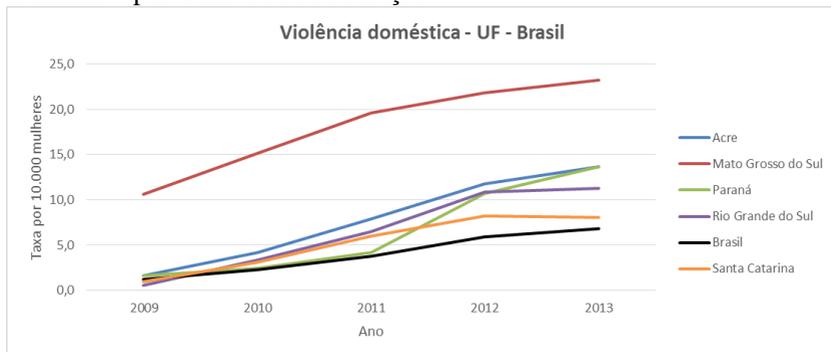


Fonte: Do autor.

De acordo com a Tabela 1 nota-se que alguns estados apresentaram menores taxas quando comparados aos supracitados, gerando disparidades entre as taxas calculadas, como ocorreu para os estados de Rondônia (1,3 notificações/10.000 mulheres), Maranhão (1,1 notificações/10.000 mulheres), Ceará (0,8 notificações/10.000 mulheres), Rio Grande do Norte (1,3 notificações/10.000 mulheres), Sergipe (1,6 notificações/10.000 mulheres) e Bahia (1,6 notificações/10.000 mulheres). Ainda analisando tais taxas, observa-se que o estado do Ceará apresentou as menores taxas no período de 2009 a 2013 quando comparado aos demais estados brasileiros.

Ainda na análise por Unidade de Federação, destaca-se o estado de Santa Catarina, que apresentou taxas crescentes, mas estáveis nos anos de 2012 (8,2 notificações/10.000 mulheres) e 2013 (8,1 notificações/10.000 mulheres), diferenciando-se do estado do Mato Grosso do Sul que mostrou crescimento progressivo no período do estudo, variando de 10,6 notificações/10.000 mulheres em 2009 para 23,3 notificações/10.000 mulheres em 2013, equivalendo a 119,8% de aumento no período (Figura 5).

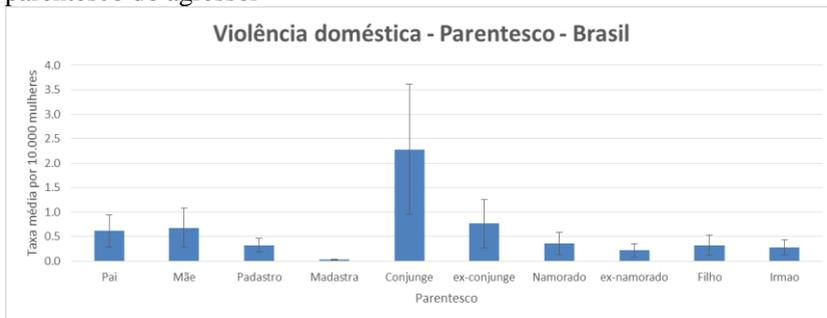
**Figura 5** - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Unidade de Federação



Fonte: Do autor.

A Tabela 1 e Figura 6 caracterizam o grau de parentesco do agressor, revelando predominância do cônjuge (2,3 notificações/10.000 mulheres), seguido pelo ex cônjuge (0,8 notificações/10.000 mulheres), mãe (0,7 notificações/10.000 mulheres) e pai (0,6 notificações/10.000 mulheres).

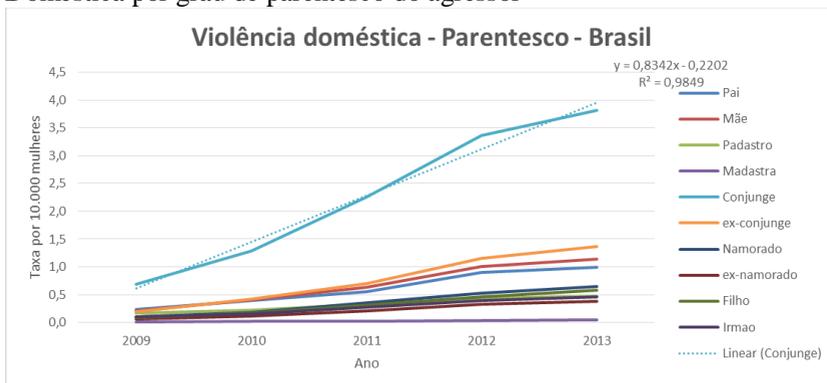
**Figura 6** - Taxas de notificação por Violência Doméstica por grau de parentesco do agressor



Fonte: Do autor.

A série histórica apresentada na Figura 7 sugere que tanto cônjuge quando ex-cônjuge, pai e mãe apresentaram crescimento nas taxas de violência doméstica no período de 2009 a 2013. O aumento mais expressivo (542,85%) ocorreu nas taxas associadas ao cônjuge (variando de 0,7 notificações/10.000 mulheres em 2009 para 3,8 notificações/10.000 mulheres em 2013).

**Figura 7** - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por grau de parentesco do agressor

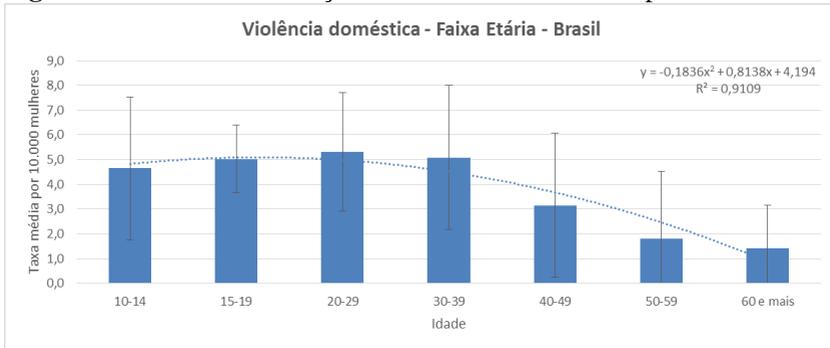


Fonte: Do Autor.

Mediante Figura 7 observa-se crescimento linear ( $y=0,8342x - 0,2202$ ) das taxas de notificação associadas ao cônjuge, resultantes do período de registro dos dados ( $r^2=0,9849$ ).

Na análise por idade, os dados apresentados na Tabela 1 e a Figura 8 sugerem que as mulheres com idade de 20 a 29 anos (5,3 notificações/10.000 mulheres) representaram a categoria predominante, sucedidas pelas de 30 a 39 anos (5,2 notificações/10.000 mulheres). Mediante Figura 9 observa-se expressão polinomial ( $y = -0,1836x^2 + 0,8138x + 4,194$ ) que revelou aumento das taxas de notificação até os 29 anos, e diminuição a partir dessa idade ( $r^2 = 0,9109$ ).

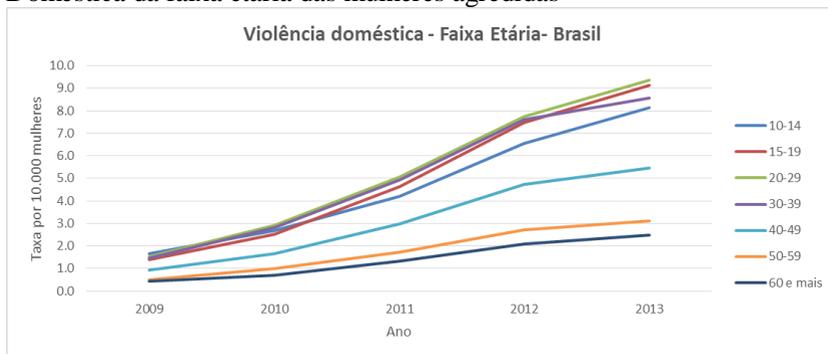
**Figura 8 - Taxas de notificação da Violência Doméstica por idade**



Fonte: Do autor.

Observando a série histórica apresentada na Figura 9, observa-se todas as faixas etárias apresentaram aumento nas taxas no período de 2009 a 2013. No entanto, as taxas associadas as categorias predominantes, variaram de 1,5 notificações/10.000 mulheres para 9,4 notificações/10.000 mulheres (grupo dos 20 a 29 anos); e de 1,5 notificações/10.000 mulheres para 8,6 notificações/10.000 mulheres (no grupo dos 30 a 39 anos).

**Figura 9** - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica da faixa etária das mulheres agredidas



Fonte: Do autor.

A Tabela 2 apresenta as taxas de notificação de acordo com as Microrregiões Catarinenses, incluindo a Microrregião de Criciúma e as cidades que a circundam.

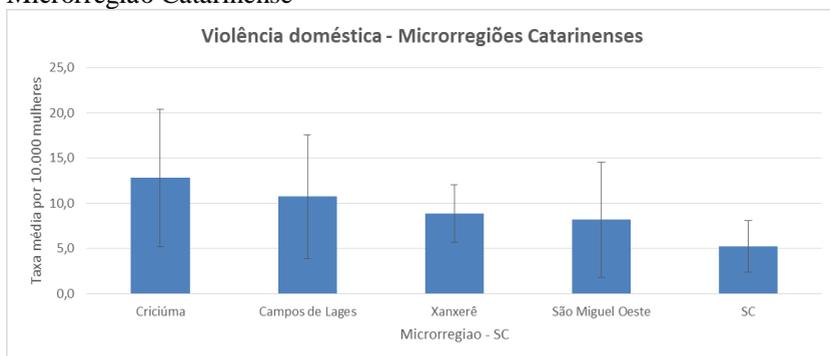
**Tabela 2** – Taxas de notificação de Violência Doméstica por Microrregião

| Variável                     | Total       | 2009      | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       |
|------------------------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
|                              | n=5.783     | n=294     | n=954      | n=1.897    | n=2.638    | n=2.657    |
| n (taxa por 10.000 mulheres) |             |           |            |            |            |            |
| <b>Microrregião – SC</b>     |             |           |            |            |            |            |
| São Miguel Oeste             | 356 (8,2)   | 11 (1,2)  | 14 (1,6)   | 61 (7,0)   | 142 (16,3) | 128 (14,6) |
| Chapecó                      | 250 (2,4)   | 15 (0,7)  | 12 (0,6)   | 46 (2,3)   | 81 (3,9)   | 96 (4,6)   |
| Xanxerê                      | 342 (8,9)   | 21 (2,8)  | 90 (11,8)  | 81 (10,6)  | 68 (8,8)   | 82 (10,4)  |
| Joaçaba                      | 669 (8,1)   | 101 (6,3) | 139 (8,5)  | 145 (8,8)  | 155 (9,3)  | 129 (7,6)  |
| Concórdia                    | 194 (5,4)   | 0 (0,0)   | 33 (4,6)   | 82 (11,5)  | 45 (6,3)   | 34 (4,7)   |
| Canoinhas                    | 145 (2,4)   | 5 (0,4)   | 28 (2,3)   | 21 (1,7)   | 45 (3,7)   | 46 (3,7)   |
| São Bento do Sul             | 20 (0,6)    | 0 (0,0)   | 0 (0,0)    | 2 (0,3)    | 3 (0,5)    | 15 (2,3)   |
| Joinville                    | 552 (2,5)   | 0 (0,0)   | 45 (1,1)   | 95 (2,2)   | 189 (4,4)  | 223 (5)    |
| Curitibanos                  | 45 (1,5)    | 0 (0,0)   | 14 (2,3)   | 14 (2,3)   | 10 (1,6)   | 7 (1,1)    |
| Campos de Lages              | 772 (10,7)  | 3 (0,2)   | 183 (12,7) | 262 (18,3) | 242 (16,9) | 82 (5,7)   |
| Rio do Sul                   | 235 (4,5)   | 9 (0,9)   | 31 (3,0)   | 40 (3,9)   | 78 (7,5)   | 77 (7,2)   |
| Blumenau                     | 852 (4,8)   | 29 (0,9)  | 74 (2,2)   | 133 (3,8)  | 295 (8,4)  | 321 (8,8)  |
| Itajaí                       | 1030 (6,8)  | 7 (0,3)   | 40 (1,4)   | 424 (14,3) | 285 (9,4)  | 274 (8,6)  |
| Ituporanga                   | 21 (1,5)    | 0 (0,0)   | 2 (0,7)    | 7 (2,5)    | 8 (2,9)    | 4 (1,4)    |
| Tijucas                      | 24 (1)      | 3 (0,7)   | 3 (0,7)    | 7 (1,5)    | 6 (1,3)    | 5 (1)      |
| Florianópolis                | 1288 (5,5)  | 33 (0,8)  | 70 (1,6)   | 151 (3,3)  | 522 (11,3) | 512 (10,7) |
| Tabuleiro                    | 6 (1)       | 0 (0,0)   | 2 (1,7)    | 2 (1,7)    | 0 (0,0)    | 2 (1,7)    |
| Tubarão                      | 314 (3,3)   | 16 (0,9)  | 40 (2,1)   | 67 (3,5)   | 81 (4,2)   | 110 (5,6)  |
| Criciúma                     | 1219 (12,8) | 41 (2,2)  | 132 (7,1)  | 244 (13,0) | 339 (17,9) | 463 (23,8) |
| Araranguá                    | 106 (2,3)   | 0 (0,0)   | 2 (0,2)    | 13 (1,4)   | 44 (4,7)   | 47 (4,9)   |

Fonte: Do Autor.

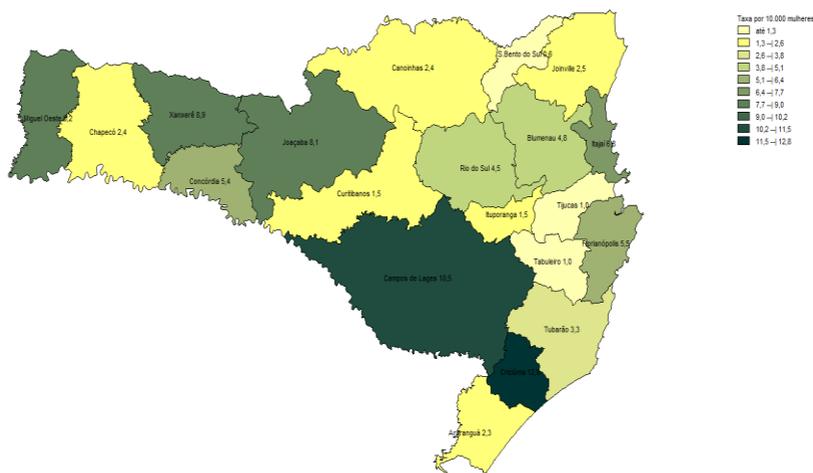
Ao analisar a Tabela 2, Figura 10 e Figura 11, observa-se que as duas Microrregiões com maiores taxas de violência doméstica em mulheres, foram a Microrregião de Criciúma (12,8 notificações/10.000 mulheres), sucedida pela região serrana de Campos de Lages (10,7 notificações/10.000 mulheres). Cabe destacar que a microrregião da capital do estado de Santa Catarina apresentou taxas inferiores (5,5 notificações/10.000 mulheres) quando comparada a outras regiões com maiores taxas no Estado de SC, tais como Xanxerê (8,9 notificações/10.000 mulheres) e São Miguel Oeste (8,2 notificações/10.000 mulheres).

**Figura 10** - Taxas de notificação por Violência Doméstica por Microrregião Catarinense



Fonte: Do autor.

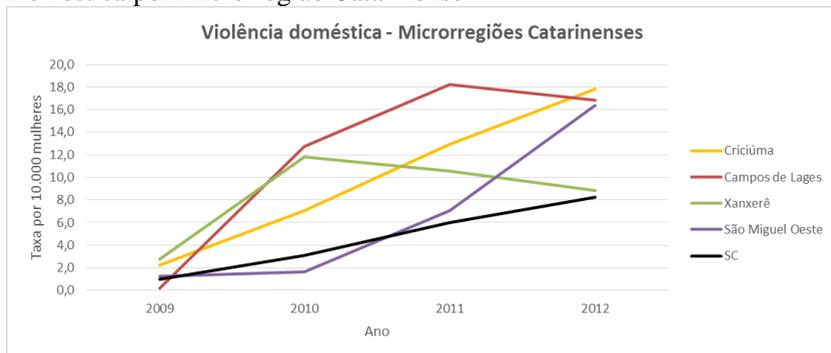
**Figura 11** - Análise geoespacial das taxas de notificação por Violência Doméstica em Mulheres por Microrregião Catarinense



Fonte: Do autor.

A série histórica apresentada na Figura 12 ilustra oscilação nas taxas das Microrregiões Catarinenses com maiores taxas médias do período em análise. No entanto, é importante destacar que as 4 microrregiões que apresentaram as maiores taxas (Criciúma, Campos de Lages, Xanxerê e São Miguel Oeste) apresentaram respectivas series temporais acima da linha que representa as taxas de Santa Catarina, mostrando que as taxas dessas microrregiões estiveram acima das estaduais em todo o período.

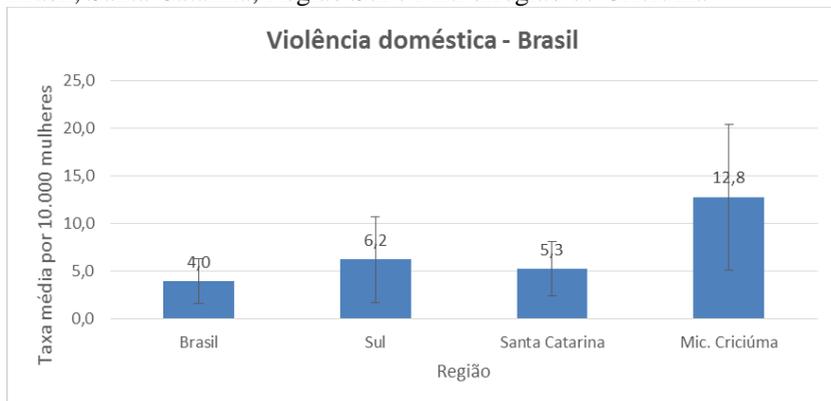
**Figura 12** - Série histórica das taxas de notificação por Violência Doméstica por Microrregião Catarinense



Fonte: Do autor.

Ao analisar a Figura 13, observa-se que as taxas médias da Microrregião de Criciúma (12,8 notificações/10.000 mulheres), Santa Catarina (5,3 notificações/10.000 mulheres) e Região Sul (6,2 notificações/10.000 mulheres) foram superiores à média nacional (4,0 notificações/10.000 mulheres), característica que se manteve em todo o período analisado (Figura 14).

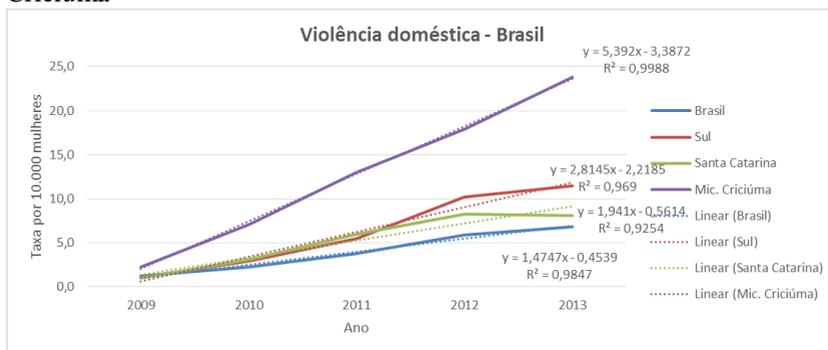
**Figura 13** - Taxa de notificação média por Violência Doméstica no Brasil, Santa Catarina, Região Sul e Microrregião de Criciúma



Fonte: Do autor.

Tal crescimento das taxas de notificação em decorrência do período, revelou-se linear nas quatro regiões supracitadas, conforme apresenta a Figura 14, no Brasil, a equação que representa tal característica é representada pela fórmula  $y = 5,392x - 3,3872$  ( $r^2=0,9988$ ), na Região Sul por  $y = 2,8145x - 2,2185$  ( $r^2=0,9690$ ), em SC pela fórmula  $y = 1,941x - 0,5614$  ( $r^2=0,9254$ ), e na Microrregião de Criciúma pela fórmula  $y = 1,4747x - 0,4539$  ( $r^2=0,9847$ ).

**Figura 14** - Série Histórica das taxas de notificação média por Violência Doméstica no Brasil, Santa Catarina, Região Sul e Microrregião de Criciúma



Fonte: Do autor.

## 5 DISCUSSÃO

Nosso estudo teve como objetivo estimar a taxa de notificações registradas para mulheres em situação de violência doméstica no Brasil, Região Sul, Santa Catarina, e Microrregião de Criciúma no período de 2009 a 2013, que mostrou aumento das taxas em todas as regiões.

O fenômeno da violência é expressado de forma cultural e multifacetada, pois trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial que se manifesta na vida em sociedade (MINAYO, 1994).

A região Sul do Brasil não se difere do contexto nacional, visto que apresenta índices crescentes da violência doméstica. Segundo os dados levantados houve um aumento gradativo dentre os anos de 2009 e 2013, nas taxas nos três estados do Sul da Federação (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), sendo os maiores picos entre os anos de 2012 a 2013. A hipótese para este aumento pode ser a implementação da Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011, que oficializou em território nacional a notificação da violência doméstica.

Desta forma, qualificando os índices de violência inseridos no SINAN, tem-se como exemplo da qualificação destas notificações o aumento dos dados em Belém (Pará) no mesmo período, quando a cidade com base na portaria investiu em capacitação para os profissionais de saúde (VELOSO et al., 2013). Logo, não necessariamente houve um aumento, mas sim, o processo de notificação dessa situação ficou mais apropriado.

Dentre todos os estados, nota-se que alguns apresentam baixas taxas em comparações as demais, gerando disparidades entre os números. É o caso dos estados de Rondônia (1,3 notificações/10.000 mulheres), Maranhão (1,1 notificações/10.000 mulheres), Ceará (0,8 notificações/10.000 mulheres), Rio Grande do Norte (1,3 notificações/10.000 mulheres), Sergipe (1,6 notificações/10.000 mulheres) e Bahia (1,6 notificações/10.000 mulheres). Ainda, nestes números, observa-se que o estado do Ceará demonstra baixas taxas em comparação com todos os demais estados da Federação.

Tal diminuição nas taxas pode estar relacionada aos dados de mortes violentas entre as mulheres que no mesmo período teve aumento. Desta forma, os dados podem sugerir que a violência doméstica não tenha diminuído, mas sim que esteja materializada na morte violenta e não mais nos outros tipos de violência que são notificadas (FROTA et al., 2011).

Após os destaques regionais, observa-se na Tabela 1 qual o real agressor predominante nas violências domésticas. Os dados demonstram que o principal agressor foi o cônjuge (2,3 notificações/10.000 mulheres),

seguido pelo ex cônjuge (0,8 notificações/10.000 mulheres). Com menor destaque, observou-se que filhos (0,3 notificações/10.000 mulheres), irmãos (0,3 notificações/10.000 mulheres) e ex namorados (0,2 notificações/10.000 mulheres) estão entres os que menos apresentam-se como agressores contra as mulheres em situação de violência doméstica.

As relações conjugais, em nossa sociedade machista, apresentam forte potencial para promoção das violências no âmbito intrafamiliar. Segundo Madureira (2014), no Estado do Paraná os homens agressores tinham idade de 20 a 29 anos e as mulheres agredidas 20 a 59 anos (MADUREIRA et al., 2014).

Nesse contexto, a violência é praticada dentro das residências, vista como um espaço “protegido” para o agressor. As relações de público e privado e a construção da masculinidade são presentes nesta discussão. Segundo Santos (2010) a construção da identidade de “ser homem” é baseada no sofrimento; a educação de um filho passa pela repreensão do choro, da cobrança da força, como atributos indispensáveis para o *ser masculino*; o que na vida adulta configurará a reprodução dos ciclos transgeracionais de violência (SANTOS, 2010). No entanto, a dependência econômica das vítimas com os agressores é outro ponto a ser considerado como força mantenedora destes ciclos.

Por fim, relaciona-se à faixa etária das mulheres agredidas no período de 2009 a 2013. Os dados expressaram que as mulheres com idade entre 20 e 40 anos representaram a faixa etária predominante.

A mulher moderna, nascida após a década de 70, está inclusa na geração que estão sendo mais em situação de violência até o ano de 2013. São elas, não diferente das outras que estão a cada dia em busca de espaço, busca essa incessante por tempos melhores, sem tradições antiquadas como no passado (DEEKE et al., 2009). Por outro lado, os homens, em sua grande maioria, são incentivados desde sua infância na realização da orientação familiar, sendo o formador de costumes, característica que pode gerar muitos casos de confronto quando as mulheres modernas buscam seu espaço.

Diante do exposto, estudo prévio sugere que a idade média das mulheres que apresentam queixas de violência seja de 36 anos; para os homens, a idade da maioria dos denunciados está entre os 40 anos de idade (DEEKE et al., 2009).

Considerando tais costumes, inclui-se o ato primitivo de pensar do “homem da casa”, onde ele acredita ser o proporcionador de tudo dentro do lar. Tal poder abstrato ensinado por familiares de costumes antiquados, podem ser desanimadores, principalmente quando se perde esse espaço por mulheres modernas, que também auxiliam e produzem dentro do lar.

Esta forma racional de pensar demonstra que em diversos lares deste território é possível ter homens aumentando números de violência contra a mulher, pois, não assumem situações amplamente já superadas pela modernidade.

Entre as Microrregiões com maiores taxas de notificações compulsórias de violência contra a mulher encontra-se Campos de Lages. Em primeiro plano, apresenta-se a região em abordagem, que é a microrregião de Criciúma, com índice de 12,8 notificações / 10.000 mulheres.

Considerando as microrregiões serranas, por sua característica conservadora, onde o homem ainda perpetua como o chefe domiciliar, predominam as atenções sobre as notificações. No âmbito catarinense encontramos diversas culturas envolvidas diretamente com os costumes do cidadão. Estes costumes, considerando a região serrana, nos reflete as tradições italianas, onde o homem atua sobre todas as ações familiares, incluem-se aqui as tradições gauchescas, as quais também trazem reflexões do poder masculino.

O acirramento dos gêneros, em se tratando de Brasil, nos demonstra que historicamente o patriarca domina e implanta a cultura centralizando o homem como centro das atenções, e as mulheres tornam-se secundárias. Este desrespeito dos direitos femininos é ferido tanto na esfera privada como na pública. Assim, tornam-se reais os determinantes históricos, consolidados por meio de normas, valores e atitudes da nossa sociedade (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

Estes fatores tradicionais podem ser incluídos no sistema de hipóteses, determinando suas reflexões neste segmento, podendo adicionar a violência doméstica na cultura erradicada por anos de aprendizado inadequado proporcionados por pessoas mal instruídas e diferenciadas pelo tempo.

A história demonstra que a violência contra a mulher não é nova pois desde a Idade Média as mulheres vem sofrendo de agressões e por muitas vezes enaltecido. Estas práticas eram ditas como propósito para correção dos erros cometidos (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

O estado de Santa Catarina possui em seu território um amplo espaço de litoral, incluindo a capital do estado. Dentre as diferenças culturais litorâneas, encontramos diversas etnias estabelecidas no território há centenas de anos.

Os padrões de vida dos indivíduos aparentemente apresentam-se diferenciados, onde os litorâneos preferem melhores condições de vida para a família e seus ciclos de amizade, diferente das tradições serranas, onde sua grande maioria vive dos fatores do campo, produzindo para

grandes agroindústrias, e muitas vezes excluindo –se das tradições familiares, podendo assim, trazer para si mesmo fatores de violência contra familiares, incluindo as mulheres.

Apresentada a possível diferenciação litorânea e serrana, nos deparamos com as regiões carboníferas, destacadas ao sul do estado de Santa Catarina. Neste espaço territorial, encontramos a microrregião Criciumense, onde apresenta-se com taxa de 12,8 notificações / 10.000 mulheres. Neste território, colonizado por sua grande maioria de italianos, observa-se que culturalmente apresenta-se semelhantes as tradições serranas, pela proximidade territorial. Além destas tradições semelhantes, a microrregião foi por muitos anos um campo territorial da extração de carvão.

Adicionando estes fatores, podemos incluir dentre eles a cultura machista italiana, com seus os padrões antiquados do mineiro e suas altas cargas de trabalho que podem influenciar nas questões de violência doméstica contra a mulher.

A contrariedade de uma ordem ordenada é um dos fatores onde é apontado como sendo o comportamento desencadeador da violência. Dentre os fatores de percepção, a violência para alguns homens é a maneira eficaz para coagir, subordinando a parceira nas suas vontades, fazendo ela obedecer suas regras (DEEKE et al., 2009).

A Microrregião de Criciúma segundo nossos achados apresentou crescente atos violentos contra a mulher em âmbito familiar, sendo a mais violenta do ano de 2012, trazendo reflexões de prevenção.

A violência, por ser multifatorial, apresenta-se diferente em alguns casos, como os relatados anteriormente, incluindo seus costumes, suas culturas e principalmente nas tradições proporcionadas de geração para geração, onde pai passa para filho suas experiências passadas, gerando indivíduos combatentes da violência contra a mulher.

Nossos dados mostraram que os estados que apresentaram maiores taxas médias foram o Mato Grosso do Sul (18,2 notificações/10.000 mulheres), seguido pelo Acre (8,0 notificações/10.000 mulheres), Paraná (6,6 notificações/10.000 mulheres) e Rio Grande do Sul (6,5 notificações/10.000 mulheres), taxas que revelam até 2013 crescimento constante das notificações compulsórias no território nacional.

Dentro de um quadro amplo de notificações compulsórias já estabelecidas, identifica-se que o perfil do agressor por violência doméstica em mulheres é o próprio cônjuge (taxa de 2,3 notificações/10.000 mulheres), ao qual é o foco principal no combate as agressões contra as mulheres. Tal agressor, que está incluso no âmbito familiar, pode estar sofrendo de situações desencadeadoras de violência,

que estão transportando este indivíduo para o lado agressivo, ao qual descarrega na família, sendo a mulher como principal alvo de agressões.

Diversos fatores podem estar ligados no ato de realizar a violência, dentre eles cabe destacar o anterior, que é o estresse proporcionado pelo trabalho. Outros fatores podem estar diretamente ligados, como a baixa escolaridade, desenvolvimento cultural, situações étnicas, poder econômico, comportamento social do indivíduo e relações interpessoais com a família e seus amigos (LIMA; PARISI, 2014).

Hoje, as relações no trabalho necessitam de modificações ambiciosas no indivíduo, onde este por suas vezes é por muitas vezes, incentivado a produzir e proporcionar ainda mais para a empresa e seus colaboradores. Tal dedicação, que por muitas vezes chega a ultrapassar a jornada de trabalho tende a produzir estresse no trabalhador, sendo uma das possíveis causas admitidas pelos agressores (LIMA; PARISI, 2014).

No cotidiano encontramos homens transferindo sua raiva para as mulheres, influenciados pelo estresse ocorrido durante o dia de trabalho, muitas vezes relacionados por traumas emocionais, consequência nos abusos de álcool e drogas (LIMA; PARISI, 2014).

Acredita-se que a maioria dos agressores de violência doméstica, incluindo áreas metropolitanas, possuam baixa escolaridade, com quadro de comportamento social e cultural fora da realidade da população (LIMA; PARISI, 2014).

Dentre os fatores encontrados, segundo relatado em pesquisa correlata, diversos agressores do sexo masculino, com foco na violência contra as mulheres, eram exclusivamente adultos jovens, casados e com baixa escolaridade (MADUREIRA et al., 2014).

As relações interpessoais ficam deterioradas no perfil do agressor, já que adicionada a baixa escolaridade e ao baixo poder econômico. A adição destas três situações desfavoráveis pode contribuir para o comportamento inadequado da pessoa agressora de violência doméstica no Brasil.

Um fator pouco observado, mas de grande importância, abrange as questões étnicas. Percebe-se que desde o Brasil colonial, a mulher negra sofre mais com agressões físicas e psicológicas. As características individuais podem ser incluídas no perfil do agressor racista, o qual busca diminuir e agredir a pessoa de cor diferente da dele (OLIVEIRA, F., 2003).

A violência atinge diretamente as mulheres, independentemente de seu grau de escolaridade e social, sabendo que as negras e indígenas são historicamente portadoras uma carga de outra natureza, ou seja, étnica e

racial. Este somatório de fatores requerem diferenciadas abordagens e enfrentamento das soluções (OLIVEIRA, F., 2003).

Por último, o homem agressor usualmente costuma ser etilista; no momento em que realiza suas agressões em casa está na maioria das vezes sob o consumo excessivo de álcool. As chances de a mulher sofrer violência estão direcionadas em sua grande maioria por usuários de álcool e drogas (MADUREIRA et al., 2014; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Nesse contexto, o uso incontrolável de álcool está diretamente associado a atos violentos, reforçando necessidade de ações político públicas, buscando o controle inapropriado e excessivo do consumo. Tais ações continuadas devem ser apropriadas para melhoria do comportamento do usuário, através de educação continuada, beneficiando a saúde e bem estar na vida do indivíduo e da comunidade (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

A compreensão do perfil do agressor, como foi colocado anteriormente é o ato inicial para os profissionais de saúde entenderem a situação, buscando desenvolver ações fundamentadas na intervenção em prol da prevenção, promoção e assistência das mulheres, realizando redes de cuidado no atendimento das vítimas (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

Conforme artigo 8, inciso VIII da Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da penha), todas as Unidades de Saúde devem promover programas educacionais, disseminando valores éticos, com respeito à dignidade da pessoa humana com perspectiva de gênero e de raça (BRASIL, 2006c).

A capacitação de profissionais no atendimento às vítimas de violência é extremamente necessária, para tanto, cabe aos profissionais da área da saúde na criação programas educacionais continuados, traçando planos no enfrentamento do problema. Inicialmente, o ato de reconhecer e abordar o tema, já pode ser uma das formas de assegurar as mulheres o direito de viver sem violência (LABRONICI et al., 2010).

Os crescentes aumentos de notificações aparentemente chegarão a uma estabilização dos atos violentos. Como a notificação compulsória só iniciou em 2003, estes números ainda são pequenos, mas relevantes. Inclui-se neste crescente o ato de readaptação das Unidades de Saúde com as notificações, suas dificuldades com materiais, dentre outras.

Incluem-se nestes dados, mas não notificados, casos de mulheres que são vítimas de agressões intrafamiliares, assíduas das Unidades de Saúde, geralmente com queixas vagas e taxadas de poliqueixosas (DAY et al., 2003).

A falta de registros nos serviços de saúde gera preocupações, pois poderia auxiliar no planejamento e nas medidas preventivas de violência. Tal falta compromete na agilização de atendimento as vítimas de violência doméstica (SOUSA et al., 2015).

No Brasil, um país ainda em fase de crescimento e amadurecimento, acredita-se que os dados apresentados ainda possam demorar algumas décadas para estarem estabelecidos. A população ainda necessita de orientação adequada relacionada a violência doméstica, pois ainda sabemos que centenas e/ou milhares de mulheres ainda possuem receio de contar na unidade de saúde ou até mesmo para familiares que sofre de violência.

Diversos casos de violência doméstica, de cunho intrafamiliar ainda estão acompanhadas de segredos e negações. Muitos destes casos sequer são sabidos por parentes e amigos, muito menos chegam ao sistema judiciário ou nas unidades de saúde (DAY et al., 2003).

Na notificação compulsória encontramos as diferentes formas de violência, mas a que mais é relatada em todos os casos encontrados é a de agressão física ocasionada pelo cômputo, também predominante em nossa população. Esta violência deixa suas marcas, apresentando em muitos casos arranhões e hematomas por longo período.

Atualmente encontramos diversas fontes de atendimento à mulher agredida, como nas Unidades de Saúde, delegacias de polícia, delegacias da mulher e da criança e adolescente e nas organizações não governamentais.

Conforme artigo 28, inciso VIII da Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, toda mulher em situação de violência doméstica tem acesso aos serviços gratuitos da defensoria pública, ou de assistência judiciária, com atendimento específico e humanizado (BRASIL, 2006c).

Na Microrregião de Criciúma, encontramos todas as unidades relatadas anteriormente. Acredita-se que mais ações preventivas seriam necessárias para os números apresentados sejam minimizados frente aos números demonstrados e confrontados com outros municípios no estado de Santa Catarina.

A cidade de Criciúma apresenta também duas alternativas diferenciadas para o atendimento feminino em situação de violência doméstica. Uma é a Casa da Mulher, local ao qual toda mulher com problemas pessoais, seja ele pessoal ou interpessoal, possa repousar e ter ajuda com médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais. Neste ambiente a mulher pode repousar e permanecer por dias, até que sua situação seja regularizada junto ao problema exposto.

Outra fonte de auxílio é o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), resultante de uma parceria das Secretarias de Saúde do município de Criciúma com a Universidade do Extremo sul catarinense desde o ano de 2010.

O NUPREVIP S é integrante da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde proposta pela Política Nacional de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001. Busca desenvolver a interligação das ações governamentais e não governamentais nas ações envolvendo os crimes por violência, fornecendo auxílio a qualquer ação de violência ocorrida, incluindo as domésticas contra a mulher.

Um dos objetivos do NUPREVIPS é o de garantir atendimento de usuários do sistema de saúde a qualquer situação de violência, realizando monitoramentos e propondo políticas públicas inter-setoriais, interrompendo os ciclos de violência e prevenindo futuras agressões.

No Brasil, possuímos ainda uma rede de atendimento lançada em 2009 para atendimento as mulheres que sofrem violência, que é o Ligue 180. A partir de 2014, o telefone envia as denúncias diretamente ao ministério público do referido estado.

Todas as redes diferenciadas foram apresentadas, tanto na Microrregião de Criciúma como nas que podemos utilizar no país. Sabe-se que possuímos muito mais órgão no auxílio à da mulher que sofre violência doméstica, como a Polícia militar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), secretarias de saúde dos municípios, defensoria pública, corpo de bombeiros, dentre outros.

Cabe destacar que as redes de Atenção Primária em Saúde (APS) podem realizar ações voltadas ao combate à violência doméstica, proporcionando a mulher agredida, melhores condições para enfrentar tais atos. Estas ações podem ocorrer através das Estratégias Saúde da Família (ESF), as quais estão prontamente abertas para realizar as ações em benefício da sociedade.

## 6 CONCLUSÃO

As taxas de notificação por Violência Doméstica no Brasil e demais regiões aumentaram no período de 2009 a 2013. A população predominante foi composta por mulheres adultas, residentes da Região Sul, sendo a violência mais praticada pelo cônjuge e ex cônjuge.

Essa situação sustenta a necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde, em especial da estratégia de saúde da família. A estratégia em saúde da família é um dos *locus* principais de acolhimento das mulheres vítimas de violência. Oportunizando a qualificação deste espaço é garantir que a propagação dos direitos das mulheres, principalmente cessando que atos violentos se repitam cotidianamente nos territórios de saúde.

Mediante o exposto e o processo de notificação ainda recente, recomendam-se mais ações de capacitação e de Educação em Saúde junto aos profissionais da saúde que realizam o registro de notificação da Violência Doméstica. Para tanto, sugerem-se que ações sejam realizadas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense buscando realizar levantamentos afim de oportunizar atividades de Educação Permanente em Saúde.

Por se tratar de estudo ecológico recomenda-se ainda que futuras pesquisas investiguem as notificações, e assim, as causas das estatísticas apresentadas em nosso estudo.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.

BLAY, E. A. Um caminho ainda em construção: A igualdade de oportunidades para as mulheres. **Revista USP**, v. 17, n. 49, p. 82-97, 2001.

\_\_\_\_\_. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BONAMIGO, I. S. Violence and contemporaneity. **Revista Katálisis**, v. 11, n. 2, p. 204-213, 2008.

BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos 2006b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera**

**o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos 2006c.

\_\_\_\_\_. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Brasília: Ministério da Saúde 2015.

\_\_\_\_\_. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** Brasília: Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa: 230 p. 2016.

**BRAZIL. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 8 2002.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social & Sociedade**, n. 110, p. 369-397, 2012.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida - 2ª edição.** Brasília: CECIP: 72 p. 2014.

COSTA, M. J. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 828-40, 2003.

COUNCIL, N. R. **Understanding violence against women.** Washington: National Academies Press, 1996.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. Suppl, p. 1163-1178, 2006.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. Suppl. 1, p. 9-21, 2003.

DEEKE, L. P. et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1939-1952, 2008.

ETIENNE G. KRUG et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. ISBN 9241545615.

FROTA, M. H. P. et al. **Uma expressão da violência de gênero no Ceará: o assassinato de mulheres**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Brasil: Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão: 46 p. 2011.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GATTEGNO, M. V.; WILKINS, J. D.; EVANS, D. P. The relationship between the Maria da Penha Law and intimate partner violence in two Brazilian states. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 138, 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GOLDING, A. Violence and public health. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 89, p. 501-05, 1996.

INSTITUTO PATRICIA GALVAO. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. São Paulo: Data Popular, 2013.

KRUG, E. G. et al. Violencia autoinfligida. In: (Ed.). **Informe mundial sobre la violencia y la salud**: OPS, v.588, 2003. p.201-231. ISBN 9275315884.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LABRONICI, L. M. et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 126-133, 2010.

LEITE, C. L. P. **Mulheres: muito além do teto de vidro**. São Paulo: Atlas, 1994. 270

LIMA, J. D. O.; PARISI, C. Os fatores que influenciam a permanência da mulher vítima de violência doméstica na relação conjugal. **Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde**, v. Boa Vista, n. 4, 2014.

LOPES, C. M. S. Direito do trabalho da mulher: da proteção à promoção. **Cadernos Pagu**, n. 26, p. 405-430, 2006.

MADUREIRA, A. B. et al. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 600-606, 2014.

MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013.

MEZA, D. P. M. et al. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. **Investigación y educación en enfermería**, v. 19, n. 1, p. 18-25, 2001.

MICHAUD, Y. **A violência. Tradução de L. Garcia**. São Paulo: Ática, 1989. 10-11

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. Suppl. 1, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. Suppl. 1, p. 1259-1267, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b. ISBN 8575413805.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 215-231, 1991.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 605-612, 2007.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, p. 93-100, 2007.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2003.

OMS. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. 2014. Disponível em: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf)>.

ROMAGNOLI, R. C. Várias Marias: efeitos da Lei Maria da Penha nas delegacias. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 114-122, 2015.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, p. 95-104, 2006.

SANTIAGO, R. A. **A violência contra a mulher: antecedentes históricos**. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica: Universidade Salvador - UNIFACS. 11 2007.

SANTIAGO, R. A.; COELHO, M. T. Á. D. **A violência contra a mulher numa perspectiva histórica e cultural**. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e

Cultura. Bahia: Universidade Federal da Bahia. Repositório institucional 2011.

SANTOS, V. F. Gênero, Masculinidades e Violências. **Revista Todavia**, v. 1, n. 1, p. 19-124, 2010.

SCHRAIBER, L. B. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: UNESP, 2005. ISBN 857139606X.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

WHO. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. WHO/EHA/SPI/POA. Genebra. 1996

\_\_\_\_\_. **Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization 2001.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

**Região de residência:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Região Norte    | <input type="checkbox"/> Região Sul          |
| <input type="checkbox"/> Região Nordeste | <input type="checkbox"/> Região Centro-Oeste |
| <input type="checkbox"/> Região Sudeste  | <input type="checkbox"/> Ignorado/Exterior   |

**Unidade Federação de Residência:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acre              | <input type="checkbox"/> Maranhão            |
| <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro    | <input type="checkbox"/> Alagoas             |
| <input type="checkbox"/> Mato Grosso       | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte |
| <input type="checkbox"/> Amapá             | <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul  |
| <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul | <input type="checkbox"/> Amazonas            |
| <input type="checkbox"/> Minas Gerais      | <input type="checkbox"/> Rondônia            |
| <input type="checkbox"/> Bahia             | <input type="checkbox"/> Pará                |
| <input type="checkbox"/> Roraima           | <input type="checkbox"/> Ceará               |
| <input type="checkbox"/> Paraíba           | <input type="checkbox"/> Santa Catarina      |
| <input type="checkbox"/> Distrito Federal  | <input type="checkbox"/> Paraná              |
| <input type="checkbox"/> São Paulo         | <input type="checkbox"/> Espírito Santo      |
| <input type="checkbox"/> Pernambuco        | <input type="checkbox"/> Sergipe             |
| <input type="checkbox"/> Goiás             | <input type="checkbox"/> Piauí               |
| <input type="checkbox"/> Tocantins         |  |

**Faixa Etária:**

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menor de 1 ano | <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos   | <input type="checkbox"/> 5 a 9 anos     |
| <input type="checkbox"/> 10 a 14 anos   | <input type="checkbox"/> 15 a 19 anos | <input type="checkbox"/> 20 a 29 anos   |
| <input type="checkbox"/> 30 a 39 anos   | <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos | <input type="checkbox"/> 50 a 59 anos   |
| <input type="checkbox"/> 60 a 69 anos   | <input type="checkbox"/> 70 a 79 anos | <input type="checkbox"/> 80 ano ou mais |

**Violência repetição:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Lesão Autoprovocada:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Física:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Psicológica/moral:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Tortura:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Sexual:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Trafico de Seres Humanos:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Financeira/Econômica:**

- 
- Sim
- 
- Ignorado
- 
- 
- Não
- 
- Em Branco

**Violência Negligência/Abandono:**
**Violência Trabalho Infantil:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Outra Violência:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Força corporal/espantamento:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Enforcamento:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Objeto Contundente:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Objeto de Pérfuro-cortante:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Substância/Objeto quente:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Envenenamento:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Arma de fogo:****Ameaça:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Outra Agressão:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Assédio Sexual:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Estupro:****Atentado/violência ao pudor:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Pornografia Infantil:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Exploração Sexual:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Outras Violências:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Suspeita de uso de álcool:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Pai:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Mãe:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Padrasto:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Madrasta:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Cônjuge:**

Sim       Ignorado  
 Não       Em Branco

**Ex-cônjuge:**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Ex-Namorado(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Irmão(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Desconhecida(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Namorado(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Filha(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Amigos/Conhecido:**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

**Cuidador(a):**

- Sim             Ignorado  
 Não             Em Branco

## **ANEXOS**

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

|  República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde<br>Secretaria de Vigilância em Saúde   |    | <b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL</b><br><b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b> |    | Nº            |
|--|----|---|----|---------------|
| <b>Definição de caso:</b> Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.   |    |   |    |               |
| <b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória. |    |   |    |               |
| Dados Gerais   | 1  | 2 UF 3 Município de Notificação   |    | Código (BGE)  |
|  | 4  | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  |    | Código (CNES) |
| Dados do Paciente/Atribuído  | 5  | 6   |    | 7             |
|  | 7  | 8   |    | 9             |
|  | 10 | 11  | 12 | 13            |
|  | 14 | 15  |    | 16            |
|  | 17 | 18  |    | 19            |
|  | 20 | 21  |    | 22            |
|  | 23 | 24  |    | 25            |
|  | 26 | 27  |    | 28            |
|  | 29 | 30  |    | 31            |
|  | 32 | 33  |    | 34            |
| Dados de Residência  | 35 | 36  |    | 37            |
|  | 38 | 39  |    | 40            |
|  | 41 | 42  |    | 43            |
|  | 44 | 45  |    | 46            |
| Dados da Ocorrência  | 47 | 48  |    | 49            |
|  | 50 | 51  |    | 52            |
|  | 53 | 54  |    | 55            |
|  | 56 | 57  |    | 58            |

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 25052006

|  |   |  |            |  |  |  |
|--|---|--|------------|--|--|--|
| Vítima Sexual  | 43) Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado  |  |            | 46) Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado                                 |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Assédio sexual<br><input type="checkbox"/> Estupro<br><input type="checkbox"/> Abuso violento ao pudor<br><input type="checkbox"/> Pornografia infantil<br><input type="checkbox"/> Exploração sexual<br><input type="checkbox"/> Outros .....   |  |            | <input type="checkbox"/> Oral<br><input type="checkbox"/> Anal<br><input type="checkbox"/> Vaginal                 |  |  |
| Dados do provedor autor da agressão  | 44) Número de envolvidos<br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado  |  |            | 47) Sexo do provedor autor da agressão<br>1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                            |  |  |
|  | 45) Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai<br><input type="checkbox"/> Mãe<br><input type="checkbox"/> Pedreiro<br><input type="checkbox"/> Madrasta<br><input type="checkbox"/> Cônjuge<br><input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge<br><input type="checkbox"/> Namorado(a)<br><input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)<br><input type="checkbox"/> Amigo(a)/conhecido(a)<br><input type="checkbox"/> Desconhecido<br><input type="checkbox"/> Cuidador<br><input type="checkbox"/> Patrão/chefe<br><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional<br><input type="checkbox"/> Outros .....  |  |            | 48) Suspeito de uso de álcool<br>1- Sim <input type="checkbox"/><br>2- Não <input type="checkbox"/><br>9- Ignorado |  |  |
| Encargos de violência sexual   | 49) Consequências da ocorrência detectadas no momento de notificação 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Aborto<br><input type="checkbox"/> Gravidez<br><input type="checkbox"/> DST<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Outros .....   |  |            |  |  |  |
|  | 50) Procedimento indicado 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV<br><input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B<br><input type="checkbox"/> Coleta de sangue<br><input type="checkbox"/> Coleta de sêmen<br><input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal<br><input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho<br><input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei   |  |            |  |  |  |
| Evolução e encaminhamento  | 51) Evolução do Caso<br>1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / fuga <input type="checkbox"/><br>5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado   |  |            |  |  |  |
|  | 52) Se óbito pela agressão, data<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  |            |  |  |  |
|  | 53) Encaminhamento de pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente)<br><input type="checkbox"/> Vars de Infância / Juventude<br><input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo<br><input type="checkbox"/> Programa Sentinela<br><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Mulher<br><input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. de Criança e do Adolescente<br><input type="checkbox"/> Outras delegacias<br><input type="checkbox"/> Ministério Público<br><input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)<br><input type="checkbox"/> IML<br><input type="checkbox"/> Outros ..... |  |            |  |  |  |
| 54) Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 <input type="checkbox"/> |   |  |            |  |  |  |
| 55) Classificação final<br>1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado <input type="checkbox"/>   |   |  |            |  |  |  |
| <b>Informações complementares e observações</b>  |   |  |            |  |  |  |
|  |   |  |            |  |  |  |
| <b>TELEFONES ÚTEIS</b>   |   |  |            |  |  |  |
| Disque-Saúde<br>0800 61 1997   |   | Central de Atendimento à Mulher<br>180 |            | Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes<br>100   |  |  |
| Município/Unidade de Saúde   |   |  |            |  |  |  |
| Nome   |   |  |            | Cód. de Unid. de Saúde/CNES  |  |  |
| Função   |   |  | Assinatura |  |  |  |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais   |   |  |            |  |  |  |
| SVS 25/06/2006   |   |  |            |  |  |  |

## ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 1.871.495

CAAE: 63057916.8.0000.0119

Orientadora: Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

Acadêmico: Fabrício Gonçalves de Oliveira

Título: "MODELO DE SÉRIES TEMPORAIS APLICADO A CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 16 de dezembro de 2016.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP