



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Barufaldi, Laura Augusta; Moreira Costa Veloso Souto, Rayone; Sakai de Barros Correia, Renata; de Mesquita Silva Montenegro, Marli; Vitral Pinto, Isabella; Alves da Silva, Marta Maria; de Lima, Cheila Marina

Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2929-2938

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência

Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence

Laura Augusta Barufaldi <sup>1</sup>  
Rayone Moreira Costa Veloso Souto <sup>1</sup>  
Renata Sakai de Barros Correia <sup>1</sup>  
Marli de Mesquita Silva Montenegro <sup>1</sup>  
Isabella Vitral Pinto <sup>1</sup>  
Marta Maria Alves da Silva <sup>2</sup>  
Cheila Marina de Lima <sup>1</sup>

**Abstract** Violence against women is an important public health problem in Brazil and in the world. The objective of the present study was to describe the profile of mortality due to aggression against women, and analyze whether the victims of reported violence are more likely to die from aggression than the general female population. This is a descriptive study of mortality due to aggression against women, from database linkage. The databases used for linkage were SINAN Brazil's Notifiable Diseases Information System (reports of violence against women) (2011 – 2015), and SIM, the Mortality Information System (women dying as a result of aggression) (2011 – 2016). The risk of death due to aggression among women previously reporting violence is higher than in the general female population, thus revealing a situation of vulnerability. Black women with lower schooling are the main victims of violence and homicides. The large number of women killed by aggression and repeated violence reveal the fragility of the care and protection networks in providing comprehensive, qualified and timely care for victims.

**Key words** Homicide, Violence, Violence against women, Notification of violence, Intrafamily violence

**Resumo** A violência contra a mulher constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil de mortalidade por agressão em mulheres e analisar se as vítimas de violência notificadas apresentam taxas de mortalidade por esse motivo mais elevadas do que a população feminina geral. Trata-se de um estudo descritivo da mortalidade por agressão em mulheres, a partir do linkage de bancos de dados. Os dados utilizados para o linkage foram todas as notificações de violência contra mulheres registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no período de 2011 a 2015 e os óbitos de mulheres por agressão registrados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), no período de 2011 a 2016. O risco de morte por agressão nas mulheres notificadas por violência foi maior do que na população feminina geral, revelando assim uma situação de vulnerabilidade. Mulheres negras, de menor escolaridade foram as principais vítimas de violência e homicídios. O elevado número de mulheres mortas por agressão e a violência de repetição revelaram a fragilidade das redes de atenção e proteção no atendimento integral, qualificado e oportuno às vítimas.

**Palavras-chave** Homicídios, Violência, Violência contra a mulher, Notificação de violências, Violência intrafamiliar

<sup>1</sup> Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SRTV 701, Via W5 Norte, Ed. PO700, 6º andar, DANTPS. 70723-040 Brasília DF Brasil.

laura.barufaldi@saude.gov.br

<sup>2</sup> Hospital das Clínicas, Universidade federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

## Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico, complexo e de difícil conceituação que permeia as relações desiguais entre homens e mulheres. Suas raízes tem origem em estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais, possuindo forte associação com as desigualdades sociais<sup>1</sup> e relações de gênero<sup>2</sup>.

A Convenção de Belém do Pará (1996) definiu a violência contra as mulheres como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º)<sup>3</sup>. Essa elaboração entende que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica e pode ocorrer no âmbito da família, unidade doméstica, na comunidade, e perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes.

A violência contra as mulheres refere-se a um fenômeno mundial, que atinge todas as classes sociais, por isso vários países vêm aplicando medidas de prevenção e controle na tentativa de frear essas ações. Assim, a violência contra a mulher começou a ser enfrentada como problema de saúde pública<sup>4</sup>. Também é uma das manifestações mais extremas e perversas da desigualdade de gênero, produto das diferenças de poder e que representa um importante fenômeno social e de violação dos direitos humanos, impactando significativamente no processo saúde-doença e na perspectiva de vida das mulheres<sup>5,6</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maior parte, por seus parceiros<sup>7</sup>.

O feminicídio, fase mais perversa e extrema da violência contra mulheres, se expressa por meio de assassinato destas por razões baseadas nas desigualdades de poder entre os gêneros. Portanto, trata-se da violência exercida pelos homens contra as mulheres em função do desejo de obter poder, dominação ou controle<sup>8</sup>. Estima-se que, no mundo, 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos<sup>7</sup>.

O objetivo do estudo é descrever o perfil de mortalidade por agressão em mulheres e analisar se as vítimas de violência notificadas apresentam taxas de mortalidade por agressão mais elevadas do que a população feminina geral.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo da mortalidade por agressão em mulheres e do *linkage* dos bancos de dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Os dados de mortalidade de mulheres foram obtidos do SIM, cuja fonte de dados é a Declaração de Óbito (DO), e de notificação de violência, do SINAN, de onde foram selecionadas as notificações de violências interpessoais e autoprovocadas contra mulheres em todas as faixas etárias.

Os dados utilizados para o *linkage* foram todas as notificações de violência contra mulheres registradas no SINAN, no período de 2011 a 2015, tendo sido o ano de 2011 selecionado em virtude de ser aquele em que se universalizou as notificações de violências para todos os serviços de saúde. Com relação aos registros de óbitos de mulheres, considerou-se o período de 2011 a 2016 (preliminar até maio de 2016) para o *linkage*, e as seguintes causas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10): Agressões (X85-Y09).

O relacionamento dos casos foi feito utilizando a técnica dos Filtros de Bloom. Foram consideradas como variáveis de pareamento entre os bancos de dados: nome da paciente, data de nascimento e município de residência. Todos os pares foram validados pelo nome da mãe.

Os pares com escore máximo (10.000) foram considerados como verdadeiros. Em seguida, todos os pares com escore inferior a 10.000 foram analisados considerando o nome do paciente e a data de nascimento. Quando um dos bancos não tinha a informação da data de nascimento, a validação foi feita pela idade da vítima. Após o processo de validação dos pares, obteve-se 2.599 verdadeiros.

Elaborou-se uma descrição dos óbitos de pessoas do sexo feminino, por agressão, registrados no SIM, no período de 2011 a 2015, considerando as seguintes variáveis: grau de instrução, raça/cor, local de ocorrência do óbito, tipo/meio de agressão e faixa etária (crianças, adolescentes, adultas e idosas). A análise descritiva dos pares validados também foi realizada segundo faixa etária por características das vítimas, do evento e do(a) provável autor(a) da violência.

Para calcular a taxa média de mortalidade por agressão em mulheres na população em geral, entre 2011 e 2015, foi considerada a média dos óbitos por agressão em mulheres nesse perí-

odo, dividido pela população média de mulheres do período. As populações utilizadas para esse cálculo foram obtidas da “projeção da população das Unidades da Federação por sexo e grupo de idade”, disponível no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)<sup>9</sup>. As taxas foram calculadas por 100.000 mulheres.

Para calcular as taxas médias de mortalidade por agressão em mulheres que notificaram violência física, violência psicológica, estupro e negligência entre 2011 e 2015, considerou-se os óbitos por agressão, de mulheres com notificação desses tipos de violência (dados do *linkage*), dividido pelas notificações de violência física, violência psicológica, estupro e negligência contra mulheres no mesmo período, respectivamente.

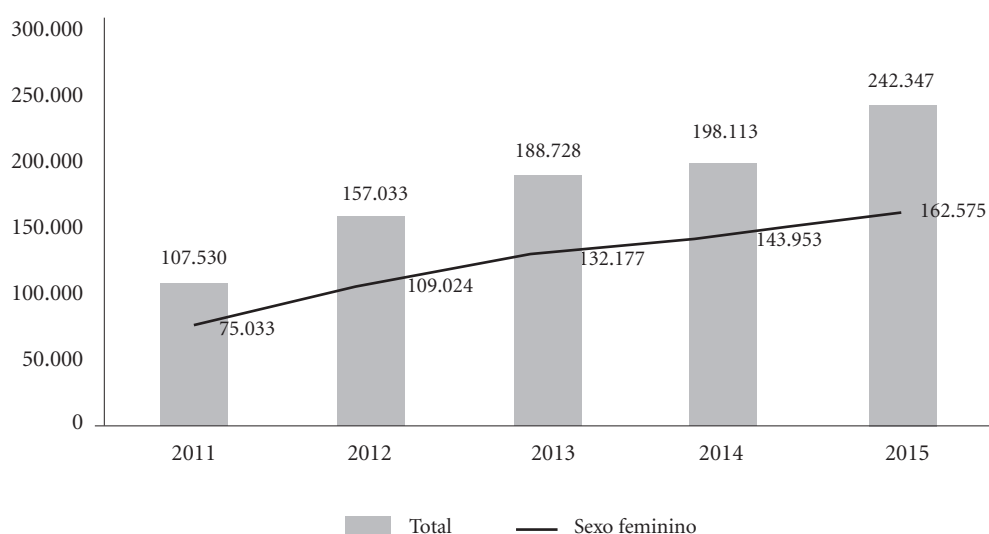
O cálculo das taxas, tanto na população geral, quanto nas mulheres com notificação de violência, foram realizados por faixa etária: crianças (0 a 9 anos); adolescentes (10 a 19 anos); adultas (20 a 59 anos) e idosas (60 anos ou mais).

Por fim, calculou-se a razão de taxas de mortalidade, considerando no numerador as taxas de mortalidade das vítimas de violência e no denominador a taxa de mortalidade da população geral.

## Resultados

De acordo com o SINAN, no período de 2011 a 2015, o número total das notificações de violências mais do que dobrou, passando de 107.530 para 242.347. As notificações de violência contra a mulher também cresceram, em proporção semelhante no mesmo período, passando de 75.033 para 162.575. Em 2015, do total de notificações de violências, 67,1% foram contra a mulher (Figura 1).

De acordo com o SIM, no período de 2011 a 2015, foram registrados 23.278 óbitos por agressão em pessoas do sexo feminino, sendo 676 (2,9%) em crianças, 3.754 (16,1%) em adolescentes, 16.889 (72,5%) em adultas, e 1.589 (6,8%) em idosas (Tabela 1). A maioria das mulheres (adultas e idosas) tinham até 7 anos de estudo (44% e 37,6%, respectivamente), eram negras (61%), com exceção das idosas que eram de maioria branca (50,2%). Grande parte dos óbitos ocorreu em via pública (31%), seguido de domicílio (28%) – sendo que nas crianças o local de óbito mais frequente foi o hospital (38,2%) e nas idosas foi o domicílio (49,5%). Destaca-se ainda que 25% dos óbitos ocorreram no hospital, o que demonstra que a maioria ocorreu no local da violência, sem atendimento médico-hospitalar, ou sem que houvesse tempo hábil para



**Figura 1.** Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada (total e sexo feminino). Brasil, 2011 a 2015.

Fonte: Viva/SINAN/SVS/MS.

**Tabela 1.** Características das pessoas do sexo feminino que foram a óbito devido à agressão, Brasil, 2011 a 2015\*.

	Crianças		Adolescentes		Adultas		Idosas		Total	
	(0 a 9 anos)		(10 a 19 anos)		(20 a 59 anos)		(60 anos ou mais)			
	n = 676		n = 3.754		n = 16.889		n = 1.589		n = 23.278	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Grau de Instrução</b>										
Nenhuma	30	4,4	32	0,9	524	3,1	304	19,1	892	3,8
Até 7	96	14,2	2.058	54,8	7.426	44,0	597	37,6	10.179	44
8 anos e mais	0	0,0	791	21,1	4.479	26,5	237	14,9	5.509	24
Sem inf.	550	81,4	873	23,3	4.460	26,4	451	28,4	6.698	29
<b>Raça/Cor</b>										
Branca	223	33,0	1.005	26,8	5.520	32,7	798	50,2	7.631	33
Negra (preta/parda)	342	50,6	2.539	67,6	10.514	62,3	711	44,7	14.301	61
Amarela	1	0,1	4	0,1	31	0,2	11	0,7	47	0,2
Indígena	83	12,3	28	0,7	57	0,3	12	0,8	181	0,8
Sem Inf.	27	4,0	178	4,7	767	4,5	57	3,6	1.118	4,8
<b>Local Ocorrência do óbito</b>										
Hospital	258	38,2	961	25,6	4.039	23,9	511	32,2	5.811	25
Domicílio	221	32,7	656	17,5	4.796	28,4	787	49,5	6.475	28
Via publica	84	12,4	1.421	37,9	5.314	31,5	142	8,9	7.142	31
Outros	107	15,8	700	18,6	2.618	15,5	139	8,7	3.684	16
Sem inf.	6	0,9	16	0,4	122	0,7	10	0,6	166	0,7
<b>Tipo/meio de agressão</b>										
Arma de fogo	177	26,2	2.317	61,7	8.482	50,2	404	25,4	11.512	49
Obj. contundente/perfuro/cortante	133	19,7	923	24,6	5.969	35,3	688	43,3	7.823	34
Enforcamento	80	11,8	238	6,3	980	5,8	136	8,6	1.465	6,3
Demais meios	286	42,3	276	7,4	1.458	8,6	361	22,7	2.478	11

Fonte: MS/SVS/DANTPS/CGIAE - SIM.

\*2015 são dados preliminares.

isso. A maioria dos homicídios foi por arma de fogo (49%) – sendo que nas crianças este meio de agressão foi a segunda causa mais frequente (26,2%). Já em idosas o meio mais utilizado nas mortes por agressão foi objeto contundente/perfuro/cortante (43,3%).

O perfil de mortalidade, a partir dos dados do *linkage*, revelou que, das 567.456 mulheres vítimas de violência que foram notificadas, entre 2011 e 2015, 2.599 vieram a óbito por agressão, sendo 54,7% em mulheres negras, seguidas de brancas (42,4%). A análise desagregada por raça/cor da pele mostra que, em todas as faixas etárias, as negras são as principais vítimas, com exceção das idosas, cuja raça/cor branca é superior, correspondendo a 64,3% (Tabela 2).

Do total de óbitos das mulheres, 15,9% tinham história prévia de violência de repetição, com destaque para as adultas (17,7%). O local onde, predominantemente, ocorreu a violência foi a residência (48,1%) para todos os grupos, seguido de vias públicas (25,2%) (Tabela 2).

A violência mais notificada foi a física (78,4%), seguida da psicológica/moral (14,2%), estupro (4,7%) e por fim, negligência/abandono (1,8%). A análise por faixa etária apresenta variação. Destaca-se que entre crianças e idosas, após a violência física, a negligência/abandono foi mais significativa (Tabela 2).

O provável autor da agressão variou de acordo com a faixa etária. Nas crianças o provável autor mais comum foi pai/padrasto (41,4%); enquanto que nas adolescentes e adultas teve-se o parceiro íntimo, com 39,9% e 59,9% respectivamente. Nas idosas, o principal agressor é desconhecido (30,2%), seguido do parceiro íntimo (27,1%).

A taxa de mortalidade por agressão na população do sexo feminino foi de 4,6/100.000 mulheres (dado não apresentado em tabela), sendo que na Tabela 3 são apresentadas as taxas médias de mortalidade por agressão na população geral do sexo feminino e taxas de mortalidade por agressão nas mulheres vítimas de violência notificadas, por faixa etária.

**Tabela 2.** Características das pessoas do sexo feminino que foram notificadas como vítimas de violências entre 2011 a 2015 e que vieram a óbito por agressão. Brasil, 2011 a 2015.

Características	Criança (0 a 9 anos)		Adolescente (10 a 19 anos)		Adulta (20 a 59 anos)		Idosa (60 anos ou mais)		Total	
	n = 108		n = 460		n = 1.891		n = 140		n = 2.599	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Raça/ cor</b>										
Branca	51	47,2	158	34,3	802	42,4	90	64,3	1.101	42,4
Negra (preta/parda)	57	52,8	287	62,4	1.035	54,7	42	30,0	1.421	54,7
Amarela e Indígena	0	0	2	0,5	12	0,7	1	0,7	15	0,5
Sem informação	0	0	13	2,8	42	2,2	7	5,0	62	2,4
<b>Violência de repetição</b>										
Sim	12	11,1	50	10,1	335	17,7	16	11,4	413	15,9
<b>Local de ocorrência da violência</b>										
Residência	75	69,4	161	35,0	914	48,3	101	72,1	1.251	48,1
Via pública	11	10,2	146	31,7	491	26,0	8	5,7	656	25,2
Outros <sup>b</sup>	13	12,0	75	16,3	239	12,6	10	7,1	337	13,0
Sem informação	9	8,3	78	17	247	13,1	21	15,0	355	13,7
<b>Tipo de Violência<sup>a</sup></b>										
Física	91	63,6	419	75,1	1.809	80,8	129	71,7	2.448	78,4
Psicológica/ moral	8	5,6	74	13,3	333	14,9	29	16,1	444	14,2
Negligência/ abandono	20	14,0	13	2,3	11	0,5	13	7,2	57	1,8
Estupro <sup>d</sup>	22	15,4	48	8,6	72	3,2	4	2,2	146	4,7
Outros <sup>c</sup>	2	1,4	4	0,7	15	0,7	5	2,8	26	0,8
<b>Provável Autor<sup>a</sup></b>										
Pai/Padrasto	41	41,4	19	5,7	16	1,1	0	0	76	3,8
Mãe/Madrasta	27	27,3	10	3,0	11	0,8	1	1,0	49	2,5
Cônjuge/Ex-Cônjuge/Namorado(a)/ Ex-namorado(a)	0	0	132	39,9	874	59,9	26	27,1	1.032	52,0
Amigos/ conhecidos	12	12,1	71	21,5	180	12,3	12	12,5	275	13,9
Desconhecido	14	14,1	88	26,6	300	20,6	29	30,2	431	21,7
Outros <sup>e</sup>	5	5,1	11	3,3	78	5,3	28	29,2	122	6,1

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA/SINAN/SVS/MS.

<sup>a</sup>Total é maior que o n, pois se trata de uma questão de múltipla escolha. <sup>b</sup>Escola, bar, comércio/serviços, habitações coletivas.<sup>c</sup>Tortura, tráfico de seres humanos, intervenção legal, trabalho infantil, violência financeira/econômica. <sup>d</sup>Excluiu-se outros tipos de violência sexual, como exploração sexual e assédio sexual. <sup>e</sup>Filho, irmão, cuidador, patrão, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, própria pessoa.

Quando comparadas as taxas de mortalidade de vítimas de violência notificadas com aquelas para o sexo feminino, no período de 2011 a 2015, observa-se que em todos os casos, as vítimas de violência notificadas anteriormente tiveram taxas de mortalidade superiores às de mortalidade da população feminina total (Tabela 3).

No mesmo período, quando consideradas as razões de taxas, que expressam o risco de expos-

tos com relação à população geral de referência, observa-se que as mulheres com notificação de violência física foram as que apresentaram um risco maior para a morte por agressão, em todas as idades. Entre crianças vítimas de violência física, o risco de mortalidade por agressão foi 523,7 vezes maior; em adolescentes foi 116,7 vezes; em adultas foi de 112,2 vezes; e em idosas 326,3 vezes (Tabela 3).

**Tabela 3.** Taxas médias de mortalidade por agressão na população geral do sexo feminino e nas pessoas do sexo feminino que foram notificadas por violência, por faixa etária. Brasil, 2011 e 2015.

Mortalidade	Mortalidade por agressão**			
	Numerador <sup>b</sup>	Denominador <sup>c</sup>	Taxa <sup>*</sup>	Razão de taxa
<b>Crianças (0 a 9 anos)</b>				
Na população geral de crianças do sexo feminino	676	76.754.864	0,9	
Em vítimas notificadas por violência (todos os tipos)	108	70.708	152,7	173,4
Em vítimas notificadas por violência física	91	19.730	461,2	523,7
Em vítimas notificadas por estupro <sup>a</sup>	22	15.709	140,0	159,0
Em vítimas notificadas por violência psicológica	8	14.255	56,1	63,7
Em vítimas notificadas por negligência	20	29.244	68,4	77,7
<b>Adolescentes (10 a 19 anos)</b>				
Na população geral de adolescentes do sexo feminino	3.754	84.113.598	4,5	
Em vítimas notificadas por violência (todos os tipos)	460	142.500	322,8	72,3
Em vítimas notificadas por violência física	419	80.435	520,9	116,7
Em vítimas notificadas por estupro <sup>a</sup>	48	37.314	128,6	28,8
Em vítimas notificadas por violência psicológica	74	39.522	187,2	42,0
Em vítimas notificadas por negligência	13	12.779	101,7	22,8
<b>Adultas (20 a 59 anos)</b>				
Na população geral de adultas do sexo feminino	16.889	285.750.029	5,9	
Em vítimas notificadas por violência (todos os tipos)	1.891	348.567	542,5	91,8
Em vítimas notificadas por violência física	1.809	272.858	663,0	112,2
Em vítimas notificadas por estupro <sup>a</sup>	72	19.882	362,1	61,3
Em vítimas notificadas por violência psicológica	333	126.575	263,1	44,5
Em vítimas notificadas por negligência	11	4.148	265,2	44,9
<b>Idosas (acima de 60 anos)</b>				
Na população geral de idosas do sexo feminino	1.589	61.723.472	2,6	
Em vítimas notificadas por violência (todos os tipos)	140	27.435	510,3	198,2
Em vítimas notificadas por violência física	129	15.359	839,9	326,3
Em vítimas notificadas por estupro <sup>a</sup>	4	721	554,8	215,5
Em vítimas notificadas por violência psicológica	29	9.901	292,9	113,8
Em vítimas notificadas por negligência	13	9.166	141,8	55,1

Fonte: SIM e Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA/SINAN/SVS/MS.

(\*) As taxas foram calculadas por 100.000 mulheres. (\*\*) Inclui: mortalidade por agressão (CIDX85-Y09). <sup>a</sup> Excluiu-se outros tipos de violência sexual, como exploração sexual e assédio sexual. <sup>b</sup> Numerador: para população geral é a média dos óbitos por agressão registrados no SIM e para as vítimas de violência é a média dos óbitos por agressão registrados no SIM e que tinham notificação de violência. <sup>c</sup> Denominador: para população geral é a média da população e para as vítimas de violência é a média do número de notificações.

As mulheres vítimas de estupro também apresentaram alto risco de serem assassinadas, principalmente idosas, cuja taxa foi 215,5 vezes maior. Em crianças esse número também foi elevado, ou seja, 159 vezes maior.

A violência psicológica e a negligência também aumentaram o risco de mortalidade em mulheres por agressão, principalmente entre os extremos de ciclos de vida. Entre crianças, o risco de morte por agressão entre vítimas de violência psicológica e negligência foi, respectivamente, 63,7 e 77,7 vezes maior com relação à população geral feminina. Para idosas esse risco foi de 113,8 e 55,1, respectivamente.

## Discussão

Os resultados demonstram que o risco das mulheres notificadas por violência morrerem por agressão foi maior do que na população feminina geral, revelando assim uma situação de vulnerabilidade. Esse risco apresenta diferentes variações com relação ao ciclo de vida, embora a violência física e o estupro tenham maiores razões de taxas.

Esse fenômeno pode ser explicado pela questão de gênero, a qual, pelas diferenças socialmente construídas, reproduz a desigualdade, a discriminação e a subordinação estrutural das mulheres<sup>10</sup>, as quais ocupam posições subalter-



nas e secundárias<sup>11,12</sup>. A morte de mulheres por seus companheiros, pais, namorados, conhecidos ou desconhecidos encontra uma raiz comum na subordinação e opressão que elas ocupam na hierarquia dos papéis sociais<sup>10</sup>. Além disso, mulheres em situação de violência têm taxas mais altas de absenteísmo, atrasos no trabalho e diminuição da produtividade que podem interferir em suas atividades profissionais, tornando-as mais vulneráveis à dependência financeira do agressor, comprometendo sua autonomia<sup>13</sup>. Um estudo que analisou a mortalidade feminina por agressão no estado do Rio Grande do Sul mostrou que a mortalidade masculina e a feminina por agressão estiveram associadas, evidenciando a maior prevalência de violência contra a mulher em locais onde a violência entre homens também é elevada. Esse resultado corrobora a percepção de que a violência estrutural e a desorganização social são fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres, e em territórios disputados pelo tráfico, conflitos armados e violações de direitos humanos, os crimes de gênero são frequentes<sup>14,15</sup>.

A violência contra a mulher repercute na ausência de saúde e na falta de qualidade de vida das mesmas e tem sido associada à frequente procura pelos serviços de saúde. Plichta mostra associações da violência com efeitos imediatos como lesões e traumas que levam aos serviços de emergência, tanto quanto efeitos indiretos e de longo prazo, como as dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias de repetição, problemas com menstruação e disfunções sexuais, entre outras. No mesmo estudo, ainda chama a atenção o comprometimento da saúde mental destas usuárias<sup>16</sup>. As mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensas a sofrer de depressão ou ansiedade<sup>7</sup>.

O perfil de mortalidade por agressão de mulheres vítimas de violência demonstra uma situação preocupante, sendo que as mais afetadas eram negras, de baixa escolaridade (menor que 7 anos de estudo). São vítimas, principalmente, de agressão física e sexual, praticadas, na sua maioria, por familiares/conhecidos/amigos com destaque para a violência cometida pelo companheiro nas próprias residências que utilizam como principais meios armas de fogo e objetos cortantes. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015, realizada em adolescentes do 9º ano do ensino fundamental, mostrou que o envolvimento em briga na qual teve uso da arma de fogo foi declarado por 5,7% dos esco-

lares, sendo mais frequente entre alunos do sexo masculino (7,9%) do que entre os do feminino (3,7%)<sup>17</sup>. Isso demonstra que mesmo com a lei de desarmamento, as armas de fogo continuam disponíveis para comercialização e seu acesso é cada vez mais precoce.

Por meio dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade não é possível responder se os homicídios contra as mulheres são provocados em razão do gênero. No entanto, alguns pesquisadores consideram que de 60 a 70% dessas mortes femininas por agressão são feminicídios<sup>14,15</sup>. Eles alegam que por mais que o total das mortes femininas por agressão superestime os reais valores de feminicídio, acredita-se que essa possível superestimativa possa compensar os diagnósticos mal definidos, em que homicídios femininos foram classificados como outros tipos de mortes violentas (suicídios ou acidentes)<sup>14</sup>.

A produção de informações fidedignas sobre feminicídio é um desafio em todo o mundo<sup>18</sup>. Na maioria dos países, os sistemas de informação sobre mortalidade não documentam a relação entre a vítima e o agressor, ou os motivos do homicídio<sup>7</sup>. Aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres, no mundo, são cometidos por um parceiro íntimo. Além disso, é provável se tratar de estimativas conservadoras devido à falta de qualificação da informação. Não obstante, os 66 países participantes do levantamento de dados, mostram que o principal risco de homicídio entre mulheres é de ser cometido por um parceiro íntimo<sup>19</sup>. Ademais, as mulheres que matam seus parceiros íntimos geralmente agem em autodefesa, ou seja, também são vítimas que reagem a situações de ameaça e intimidação<sup>20</sup>.

A América Latina registra, depois da África Subsaariana, as taxas mais altas de agressão às mulheres, ainda que existam diferenças importantes entre os países. As taxas de mortalidade por agressão em mulheres do Brasil, Colômbia e México, entre 2001 e 2011 foram superiores à média mundial (2,8 por 100.000 habitantes) e à média da América Latina (3,2 por 100.000 habitantes)<sup>15</sup>. Esta situação, apesar de grave, constitui apenas o que se chama a ponta do Iceberg, pois a esses números visíveis somam-se muitos outros invisíveis envolvendo lesões leves que não demandam cuidados de saúde e não são notificadas ou aquelas que permanecem ocultas em virtude dos padrões culturais ou dos vínculos existentes entre vítima e agressor, como é o caso da violência doméstica<sup>21</sup>.

Os dados do SINAN, em 2015, revelam que 33,8% dos casos de violência notificada em mu-



lheres tiveram como possível autor o parceiro íntimo, e quando consideradas apenas as mulheres adultas, esse percentual alcança 48,2%<sup>22</sup>.

Estudo abrangendo as notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras contra mulheres adultas (20 a 59 anos de idade), realizadas no ano de 2011, mostra que o principal autor de agressão foi o cônjuge (38,2%), que, somado aos demais parceiros íntimos, ultrapassa a metade das ocorrências notificadas<sup>23</sup>. Estudo realizado em um centro de saúde-escola, na região do Butantã, Município de São Paulo, mostrou que os casos de agressão física perpetrada pelo companheiro foram na maioria, 78%, severas, que são aquelas que resultaram em sequelas temporárias ou permanentes ou, ainda, em que há ameaça ou uso de armas, indicando o potencial impacto direto e indireto para a saúde das envolvidas<sup>2</sup>. Outro estudo, realizado no município de São Paulo nos serviços de emergência, mostrou que 59% de violência foi perpetrada por parceiro íntimo (VPI), independente de sua repetição. Porém o maior número de consultas mostrou-se associado com VPI repetitiva<sup>24</sup>. Estudo realizado pela OMS em diversos países, incluindo o Brasil, revelou que entre 15 e 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. As mulheres residentes em zonas rurais foram as mais acometidas por violência provocada por parceiros íntimos, comparadas às residentes nas zonas urbanas<sup>25</sup>.

Um estudo multicêntrico da OMS revelou que mais da metade das mulheres em Lima e Cusco (Peru), 51% e 68%, respectivamente, reportaram violência sexual ou física por parte de seus parceiros<sup>26</sup>. No Peru, se estima que oito de cada 10 casos de abuso sexual tem como agressor uma pessoa familiar ou conhecida da vítima e seis de cada 10 gravidezes em meninas de 11 a 14 anos de idade são produto de incesto ou violência<sup>26</sup>. Nos Estados Unidos, o feminicídio foi a sétima maior causa de morte prematura de mulheres jovens (15 a 45 anos), sendo que a maior parte dos crimes foi cometida por parceiros e ex-parceiros<sup>27</sup>.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, 70% das vítimas haviam notificado atos de violência pelo mesmo autor do crime, sendo que tal fator foi o maior determinante do risco de feminicídio. Dessa forma, torna-se necessária uma maior atenção e proteção às mulheres vítimas de violência por parceiros íntimos, pelo fato de tal grupo possuir maior risco de morte pelos mesmos. Agentes e profissionais da saúde possuem

papel fundamental na identificação e notificação de mulheres agredidas por parceiros ou ex-parceiros<sup>27</sup>, incluindo a importância de que a investigação e o aconselhamento sobre violência íntima contra as mulheres faça parte das consultas rotineiras em ginecologia e obstetrícia.

A violência de repetição entre mulheres notificadas e que vieram a óbito ocorreu em 15,9% dos casos, o que demonstra o caráter crônico da violência, cujo ciclo precisa ser interrompido. Em vários países, grande parte das mulheres assassinadas possuía história de violências reiteradas e tentava obter a separação antes de ser morta, especialmente nos três meses que antecederam o crime<sup>28</sup>. Estudos mostram que os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves<sup>29,30</sup>. Apontam ainda, consumo mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delineando-se, assim, uma clientela expressiva<sup>31,32</sup>. Além disso, a violência de repetição e as mortes por causas violentas em mulheres notificadas evidenciam a fragilidade da rede de atenção e proteção àquelas em situação de violência.

Apesar do aumento crescente das notificações nos últimos anos no Brasil, ainda há uma subnotificação dos casos que chegam às unidades de saúde. A subnotificação pode ser explicada pela denominada “invisibilidade da violência” que impede seu reconhecimento, sobretudo a doméstica, que aparece com muita frequência na atenção básica. A procura das mulheres por serviços de saúde com “queixas vagas” ou “invisíveis” sugerem situações de violência, nem sempre abordada abertamente, constituindo desta forma um problema velado<sup>33-35</sup>.

O que chega aos serviços de saúde, geralmente, são os casos mais graves, como observado em estudo sobre violência contra mulheres nas unidades de saúde de Belo Horizonte, entre 2001 e 2011, onde maior número de notificações ocorreu em hospitais e serviços especializados no acolhimento de pessoas nessa situação<sup>34</sup>. Para este autor, a subnotificação ocorre por motivos plurais: medo dos profissionais de sofrerem retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha de notificação, sobrecarga no cotidiano do serviço, dificuldade em lidar com os casos e a impotência diante da situação de violência<sup>34</sup>.

Os dados aqui evidenciados sobre as taxas de mortalidade por agressão em mulheres que tiveram notificação prévia de violência mostram que são mortes anunciadas que seguiram uma história de agressões e que expõem a ineficácia das medidas protetivas. Nesse sentido, evidencia-se a

importância das Redes de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência e da notificação de violência contra a mulher, fundamentais para implementar políticas públicas de enfrentamento do problema e promoção da cultura de paz. E neste contexto a violência contra a mulher assume prioridade na agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A rede de atenção e proteção social para vítimas de violência é composta por serviços das áreas de Saúde, Sistema de Justiça, Segurança Pública e Assistência Social. O enfrentamento à violência é um importante desafio para a saúde pública, devido aos sérios impactos sociais, econômicos, epidemiológicos e organizativos da rede de atenção à saúde. A incorporação da temática à agenda do setor saúde no Brasil, que é signatário de acordos internacionais e desenvolve um conjunto de iniciativas para a promoção da saúde, para a prevenção da violência e para o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de violência, demonstra a relevância do tema.

Para que o enfrentamento à violência se efetive é importante que serviços e instituições atuem de forma articulada e integrada. No âmbito da assistência, é fundamental que os serviços atuem de forma intersetorial e que definam fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais. A perspectiva da intersetorialidade é um desafio, pois requer uma ruptura com o modelo 'tradicional' de gestão pública que tende a depar-

tamentalização, à desarticulação e à setorialização das ações e das políticas públicas<sup>36</sup>.

Outras medidas são necessárias em resposta a esse problema, de caráter intersetorial, como fortalecer as Redes de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência, tendo como referência os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, locos de gestão intersetorial, ao qual cabe o papel de articulação desta rede. Assim deve-se articular a notificação de violência contra a mulher, via ficha de notificação, com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde e aos demais serviços que compõem a rede de cuidado e proteção, visando à interrupção desse ciclo. De nada adianta produzir informações se a realidade não for alterada, ou seja, não se consiga proteger as mulheres de novos episódios de violência e da mortalidade.

O conhecimento do perfil das notificações e da mortalidade por violência contra a mulher é fundamental para traçar estratégias de enfrentamento deste problema de saúde pública. Faz-se necessário qualificar cada vez mais as informações para conhecer a magnitude e as características do problema para fazer vigilância, promover saúde e prevenir a violência, por meio de ações intersetoriais. Este estudo contribui para subsidiar a implantação de políticas públicas voltadas para a prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura de paz, bem como para a atenção e proteção às pessoas nessa situação, para romper com este ciclo e preservar vidas.

## Colaboradores

LA Barufaldi, RMCV Souto e MMS Montenegro participaram da concepção e delineamento do estudo e análise e interpretação dos dados; da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada. RSB Correia e IV Pinto participaram da concepção e delineamento do estudo, da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada. MMA Silva e CM Lima participaram da concepção e delineamento do estudo; revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Andrade CEJ, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3):591-595.
2. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saude Publica* 2002; 36(4):470-477.
3. Brasil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. *Diário Oficial da União* 1996; 2 ago.
4. Saffioti H. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
5. Ali TS, Krantz G, Gul R, Asad N, Johansson E, Mogren I. Gender roles and their influence on life prospects for women in urban Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Glob Health Action* 2011; 4(1):7448.

6. Ali TS, Krantz G, Mogren I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. *Int J Womens Health* 2012; 4:577-585.
7. World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO; 2013.
8. Cabañas AC, Rodríguez MS. Femicídio em Costa Rica: balance mortal. *Medicina Legal de Costa Rica* 2002; 19(1):5-16.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS. *Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e grupo de idade*. [acessado 2016 jul 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
10. Albarran J. Referentes Conceptuales sobre feminicidio / su incorporación en la normativa jurídica venezolana. *Comunidad y Salud* 2015; 13(2):75-80.
11. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4):450-459.
12. Guimarães I. Violência de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: MS; 2004. p. 105-109.
13. Miranda MPM, De Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Saude Publica* 2010; 27(4):300-308.
14. Leites GT, Meneghe SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(3):642-653.
15. Molinatti F, Acosta LD. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001-2011. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(4/5):279-286.
16. Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *J Interperson violence* 2004; 19(11):1296-1323.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acessado 2016 out 24]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
18. Sanz-Barbero B, Otero-García L, Boira S, Marcuello C, Vives Cases C. Acción COST Femicide Across Europe, un espacio de cooperación trasnacional para el estudio y el abordaje del feminicidio en Europa. *Gac Sanit* 2016; 30(5):393-396.
19. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382(9895):859-865.
20. Johnson H, Hotton T. Losing control: homicide risk in estranged and intact intimate relationships. *Homicide Studies* 2003; 7(1):58-84.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Impacto da Violência na Saúde do Brasileiro*. Brasília: MS; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Violência contra mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção. In: Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília: MS; 2016. p. 133-155.
23. Paiva EA, Silva MMA, Neves ACM, Malta DC, Franco Netto TL, Mascarenhas MDM. Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde: Brasil, 2011. *Divulg. saúde debate* 2014; (52):72-87.
24. Shraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):237-245.
25. Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência*. Geneva: OMS; 2012. p. 11-17.
26. Tristán F. *La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú*. Lima: Centro de la Mujer Peruana, Amnesty International; 2005.
27. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, Gary F, Glass N, McFarlane J, Sachs C, Sharps P, Ulrich Y, Wilt SA, Manganello J, Xu X, Schollenberger J, Frye V, Laughon K. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *Am J Public Health* 2003; 93(7):1089-1097.
28. Grana SJ. Sociostrutural considerations of domestic femicide. *J Fam Violence* 2001; 16(4):421-435.
29. Barsted LL, Hermann J, coordenadores. *Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos*. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.
30. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women. The hidden health burden*. Washington: World Bank; 1994. (World Bank Discussion Papers, 255).
31. Koss MM, Koss PK, Woodnuff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151(2):342-347.
32. Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123(10):737-746.
33. Gacia-Moreno C, Jansen HAFM, Elsberg M, Heise L, Watts C. *Who multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization; 2005.
34. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.
35. Schraiber L, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)* 1999; 3(5):11-26.
36. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: SPM; 2011.

Artigo apresentado em 17/12/2016

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 25/05/2017