

Estudo do Perfil dos Casos de Femicídio no Brasil no Período de 2008 a 2018

Study of the Profile of Femicide Cases in Brazil from 2008 to 2018

Andrea Cristina Micchelucci Malanga¹

Carmen Bastos²

Jane Caldeiro³

Resumo

A pesquisa versa sobre a análise longitudinal da incidência de casos de violência contra mulher ao longo dos anos permeando as recentes discussões acadêmicas e buscando contribuir com importantes indicadores capazes de nortear soluções para o controle e redução da problemática da violência contra a mulher no Brasil. A pesquisa discute a análise da evolução dos números de casos de violência contra a mulher com idade entre 10 e 49 anos, pelo período de 10 anos (2008 a 2018), notificadas pelos serviços públicos e uma possível relação com o grau de escolaridade. As grandes capitais centralizam o maior número de casos notificados e não foi observada uma relação entre o grau de escolaridade e a alta ou baixa incidência de casos notificados.

Palavras Chaves: Femicídio. Suicídio. Violência. Políticas Públicas em Saúde.

¹ Doutora, mestre e graduada em Administração de Empresas. Pesquisadora honorária do CEJAM Centro de Estudos e Pesquisa João Amorim. Pesquisadora parceira da IBM. Docente na UNISA e UNICETEC. Linha de Pesquisa: Inovação em Serviços, Redes de Negócios, Estratégia, Gestão em Saúde. Área de Atuação: Sistemas e Gestão Organizacional, Inovação e Qualidade em Serviços. ORCID: 0000-0001-5842-8681.

² Graduada em Serviços Sociais no ano de 2016 pela Universidade FMU. Pós-Graduada em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família no ano de 2020 pela Universidade de Santo Amaro (Unisa). Agente Comunitário de Saúde (AGS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 2005 no CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisa João Amorim. ORCID: 0000-0003-0578-8506.

³ Enfermeira graduada em 2014 pela Universidade Unitalo Brasileiro. Pós-Graduada em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família na Universidade de Santo Amaro (Unisa). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 2003 no CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisa João Amorim. ORCID 0000-0001-8628-3061.

Abstract

The research focuses on the longitudinal analysis of the incidence of violence against women over the years cover in recent academic discussions and seeking to contribute with important indicators capable of guiding solutions for the control and reduction of the problem of violence against women in Brazil. The research discusses the analysis of the evolution of the number of cases against women aged 10 to 49 years, for a period of 10 years (2008 to 2018), reported by public services and a possible relationship with the level of education. Large capitals centralize the largest number of reported cases and there was no relationship between the level of education and the high or low incidence of reported cases.

Keywords: Femicide. Suicide. Violence. Public Health Policies.

1 Introdução

As trajetórias históricas dos movimentos feministas e de mulheres demonstram uma diversidade de pautas discutidas e de lutas empreendidas por elas, sobretudo, a partir do século XVIII. No século XX, a partir da década de 60, essas mobilizações enfocaram, principalmente, as denúncias das violências cometidas contra mulheres no âmbito doméstico (BANDEIRA & MELO, 2010; MACHADO, 2010).

O femicídio ou feminicídio foi conceituado como terrorismo sexual, um mecanismo social para manter as mulheres sob controle, em uma manifestação masculina pública de poder (PASINATO, 2011).

Sob diversas formas e intensidades, a violência doméstica e familiar contra as mulheres é recorrente e presente no mundo todo, motivando crimes hediondos e graves violações de direitos humanos. As taxas de mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro em algum momento de suas vidas, variaram entre 10% e 52% (OMS, 2005).

No Brasil, a pesquisa sobre Tolerância Social à violência contra as mulheres realizada pela IPEA em 2014, informou que os entrevistados na proporção de 63% concordam que os casos de violência contra a mulher devem ser discutidos entre os membros da família, 89% informaram que “roupa suja deve ser lavada em casa” e, 82% consideram que “briga entre marido e mulher ninguém mete a colher”.

A violência doméstica contra a mulher tem sido objeto de discussão e atenção com maior intensidade no Brasil nos últimos anos. Há tempos as leis tratam o feminicídio como circunstância qualificadora de crime (Decreto Lei 2848) sendo incluída no rol de crimes hediondos (artigo 1º, Lei 8072, de 25 de julho de 1990). Já em 2006, foi sancionada a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, trazendo neste contexto toda uma reflexão sobre as penalidades aplicadas e cobrando ações mais efetivas em relação a violência contra a mulher.

Violência doméstica e familiar contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, conforme definido no artigo 5º da Lei Maria da Penha, a Lei nº 11.340/2006.

Este tipo de violência, portanto, não é um tema contemporâneo, ou seja, esta problemática nos últimos cinquenta anos tem se destacado por sua gravidade e seriedade. Os números aumentam desenfreadamente.

A Organização Pan Americana de Saúde apresentou em 2017 estimativas globais indicando que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. A maior parte dos casos é de violência infligida por parceiros.

Em todo o mundo, quase um terço (30%) das mulheres que estiveram em um relacionamento relatam ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte de seu parceiro. Globalmente, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino. A violência pode afetar negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, além de aumentar a vulnerabilidade ao HIV. (OMS, 2017)

A mobilização sobre o assunto tem cobrado responsabilidades do Estado e da sociedade em assegurar a todas as mulheres o respeito à dignidade humana e a uma vida sem violência.

No Brasil, uma das primeiras, e principais, pesquisas que denunciaram a gravidade das violências sofridas pelas mulheres revelou que 43% delas já haviam sofrido algum tipo de violência sexista, sendo em 70% dos casos perpetradas por parceiros conjugais (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Há vários tipos de violência segundo a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), tais como: violência física (bater, espancar, empurrar, atirar objetos, sacudir, morder ou puxar os cabelos, mutilar, torturar, usar arma branca como faca

ou ferramentas de trabalho, ou de fogo); violência psicológica (xingar, humilhar, ameaçar, intimidar e amedrontar; criticar continuamente, desvalorizar os atos e desconsiderar a opinião ou decisão da mulher; debochar publicamente, diminuir a autoestima; tentar fazer a mulher ficar confusa ou achar que está louca; controlar tudo o que ela faz, quando sai, com quem e aonde vai; usar os filhos para fazer chantagem); violência sexual (forçar relações sexuais quando a mulher não quer ou quando estiver dormindo ou sem condições de consentir; fazer a mulher olhar imagens pornográficas quando ela não quer; obrigar a mulher a fazer sexo com outra(s) pessoa(s); impedir a mulher de prevenir a gravidez, forçá-la a engravidar ou ainda forçar o aborto quando ela não quiser); violência patrimonial (controlar, reter ou tirar dinheiro da mulher; causar danos de propósito a objetos; destruir, reter objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais e outros bens e direitos); violência moral (fazer comentários ofensivos na frente de estranhos e/ou conhecidos; humilhar a mulher publicamente; expor a vida íntima do casal para outras pessoas, inclusive nas redes sociais; acusar publicamente a mulher de cometer crimes; inventar histórias e/ou falar mal da mulher para os outros com o intuito de diminuí-la perante amigos e parentes).

No estudo multipaíses da OMS realizado no Brasil (Estudiomultipaís de la OMS sobre salud de lamujer y violencia doméstica contra lamujer (OMS, 2005), cerca de 30% das mulheres que disseram ter sido agredidas pelo parceiro afirmam que foram vítimas tanto de violência física como de violência sexual; mais de 60% admitem ter sofrido apenas agressões físicas; e menos de 10% contam ter sofrido apenas violência sexual.

A ocorrência de violência contra a mulher na maioria das vezes se dá pelo parceiro íntimo isso constatado em estudo feito pela organização mundial da saúde com 24.097 mulheres entre 15 e 49 anos das quais 15% a 71% relatam violência física ou sexual por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas (OMS, 2005).

Estudos evidenciam que entre 60% a 70% dos homicídios de mulheres correspondem a feminicídios e as vítimas são jovens, pobres, pertencentes a minorias étnicas, migrantes e trabalhadoras sexuais, portanto, atingem predominantemente as vulneráveis (CARCEDO, 2010; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

Os estudos de Meneghel et al (2017) informam que os feminicídios no Brasil no período de 2007 a 2013 acometeram mulheres pobres e negras, sendo que 52%

vieram a óbito na faixa etária de 20 a 39 anos estando a maioria em processo de finalização ou o término do ensino médio. Nesse mesmo estudo, os autores verificaram que os Estados de Pernambuco e Espírito Santo concentraram o maior índice de morbidade por feminicídio entre 2007 e 2013.

Pesquisas indicam que a presença de violência, por parceiro íntimo, aumenta os riscos de punição física e maus tratos infantis pela genitora, concluindo que a violência sofrida pela mulher se associa a uma “maternagem” mais agressiva (SILVA, LIMA 2017).

As condições estruturantes das relações sociais no Brasil empoderaram o homem no sistema patriarcal, dado ao contexto cultural que vem de antigas gerações cabendo a mulher uma relação de passividade (ALMEIDA, 2004). Esse fator cultural que dá ênfase ao machismo traz enormes custos a saúde, uma vez que os transtornos comportamentais relacionados a violência causam prejuízos para toda a sociedade.

Além dos problemas psicológicos e sociais às vítimas, pois podem sofrer isolamento, incapacidade para o trabalho, perda de salários e falta de participação em atividades regulares, limitam a capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2017), esse é o tipo mais comum de violência que atinge cerca de 30% das mulheres.

A Lei 10.778/2003 instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher, ressaltando que nos estudos sobre violência pode ocorrer subregistros dos eventos, pois, uma vez que se trata de um tema delicado e sensível, pode ocasionar constrangimento ou receio sobre as informações relatadas.

Admite-se que ao mesmo tempo, que a mulher dificilmente relataria episódios de violência, que não ocorreram dadas a condição de vergonha, culpa e estigmatização, por outro lado pelos mesmos motivos, esconder os fatos pode ser algo frequente.

No estudo realizado por Cybelle *et al.* 2006, 38% dos assassinatos contra mulheres são cometidos pelo parceiro íntimo, e que a vulnerabilidade da mulher à violência doméstica é duas vezes maior nas mulheres inférteis, e, nos 22 artigos utilizados para revisão, 20 apontavam a infertilidade como uma das possíveis causas da violência. No Brasil, a violência por parceiro íntimo é vivida por cerca de 50% das mulheres (OPAS, 2017).

Dos óbitos em mulheres em idade fértil, 71,0% já tinham registro de violência doméstica no SINAN e em 60,0% destes casos, a violência era reincidente (CRISTIANE *et al.* 2017).

A partir de 2010, a violência doméstica, sexual e outras, passaram a integrar a lista nacional de agravos de notificação compulsória. Em 2014, os óbitos infantil e materno são incorporados à lista de agravos de notificação compulsória, com a publicação da Portaria GM nº 1.2713. É reconhecido que os óbitos materno e infantil apresentam determinantes que refletem importantes desigualdades sociais, como: renda, educação saneamento, acesso oportuno à atenção à saúde de qualidade.

No Brasil e no mundo, foram poucos os investimentos em ações que pudessem impactar a viabilidade ou mesmo conferir maior visibilidade a esse evento. A operacionalização da vigilância dos óbitos materno e infantil ganhou espaço específico com a criação dos comitês de prevenção contínua. O Estado de São Paulo foi protagonista na criação, em 1988, dos primeiros Comitês de Estudo da Morte Materna no Brasil, que, em 1995, passaram a integrar o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica.

Com relação ao óbito infantil, as primeiras iniciativas de implementação de comitês de investigação desses eventos são de meados da década de 1990, onde o estado de São Paulo foi protagonista com a criação do primeiro Comitê Regional de Investigação de Mortalidade Infantil, em 1999. Pesquisas e análises de dados apresentadas por comitês de mortalidade bem como pelos serviços de saúde têm demonstrado que, apesar das quedas nas taxas de mortalidade, sobretudo no componente pós-neonatal (no caso dos óbitos infantis), a grande maioria continua a ocorrer por causas que seriam evitáveis por intervenções dos serviços de saúde ou por ações de promoção da saúde, como é o caso dos associados à violência doméstica.

Os principais e recorrentes problemas estiveram relacionados à falta de reconhecimento da atividade de vigilância do óbito pelos gestores; falta de tempo para análise, discussão e investigação dos óbitos; falha na comunicação entre instituições da rede de atenção; precariedade de recursos, infraestrutura, capacitação profissional e comprometimento dos envolvidos. Por outro lado, foram relatadas melhorias na interação entre municípios, crescimento das investigações realizadas e maior conscientização.

Com relação à análise integrada dos dados sobre óbito e violência contra a mulher, ainda prevalecem altas taxas de óbito por causas mal definidas indicando a baixa qualidade da informação produzida, bem como altas taxas de óbito de MIF, materno, fetal e infantil por causas evitáveis.

Conseqüentemente, a baixa qualidade dos dados produzidos e a morosidade na análise dos casos e na sistematização dos dados não permitem uma intervenção oportuna e conseqüente de forma a evitar novas ocorrências.

Impede, ainda, a identificação do óbito como conseqüência extrema da violência doméstica eventualmente experimentada por mulheres. Contudo, a baixa qualidade das informações sobre o óbito, especificamente as altas taxas por causas mal definida, dificulta a análise desse evento como sentinela de outras formas de violência, como obstétrica e institucional, impactando a compreensão ampliada da violência e o seu conseqüente enfrentamento.

Percebe-se também que os principais pontos de tensão figuram, ainda, na desinformação dos gestores (secretários de saúde, que em sua grande maioria afirmaram desconhecer as atividades do comitê) e sobrecarga de trabalho dos profissionais. Os resultados também evidenciam que a atuação em comitê agrega profissionais com qualificação técnica, o que impacta positivamente a produção da informação.

A pesquisa versa sobre a análise longitudinal da incidência de casos de violência contra mulher ao longo dos anos nos Estados brasileiros, permeando as recentes discussões acadêmicas e buscando contribuir com importantes indicadores capazes de nortear soluções para o controle e redução da problemática da violência contra a mulher no Brasil.

2 Objetivo

Analisar a evolução dos números de casos de violência contra a mulher com idade entre 10 e 49 anos, pelo período de 10 anos (2008 a 2018), notificadas pelos serviços públicos onde aconteceramos atendimentos destes agravos, SINAN, observando concentração por Estado brasileiro e uma possível relação com o grau de escolaridade.

O resultado da pesquisa apresenta elementos indicadores de ações que podem ser usados na definição na orientação e alinhamento de políticas públicas contribuindo com as perspectivas de tendências de trabalhos anteriores e ainda gerando novos dados ou hipóteses para a continuidade dos estudos em pesquisas futuras.

3 Metodologia da Pesquisa

O estudo refere-se a uma pesquisa quantitativa fazendo uso da estatística descritiva possibilitando a análise da incidência de casos de violência contra a mulher no período de 2008 a 2018. A pesquisa ficou limitada a idade das pacientes e inseriu o grau de escolaridade como uma variável adicional.

Os dados foram levantados a partir de uma busca histórica, longitudinal abrangendo o registro de casos nos últimos dez anos no sistema SINAM (DATASUS), listando os casos nas categorias definidas (idade e grau de escolaridade), além da concentração por estado brasileiro no período de 2008 a 2018. A tabulação dos dados foi realizada com apoio do programa Microsoft Office Excel 2013, gerando gráficos utilizados como base para a interpretação dos resultados.

Este estudo não necessitou de procedimentos éticos em pesquisas (CEP) por não envolver material biológico ou opinião pública.

4 Resultados e Discussão

Os resultados concentraram o maior número de casos no Estado de São Paulo (156.395 casos), Minas Gerais (112.499 casos), Rio de Janeiro (54.702 casos), Paraná (40.788 casos), Rio Grande do Sul (36.364), Pernambuco (29.988), Bahia (27.408), Santa Catarina (23.692), Mato Grosso do Sul (17.377), Espírito Santo (10.927).

Tabela 1 - Dados de notificações de violência física contra a mulher em idade fértil nos últimos 10 anos.

UF DE RESIDÊNCIA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
11 RONDÔNIA	47	61	132	164	173	236	257	339	540	1.949
12 ACRE	86	186	214	301	330	337	493	585	722	3.254
13 AMAZONAS	248	465	746	1.083	1.508	1.208	1.204	1.142	1.392	8.996
14 RORAIMA	108	119	166	203	385	407	251	303	457	2.399
15 PARÁ	72	327	737	809	1.389	1.444	1.795	1.896	1.434	9.903
16 AMAPÁ	43	107	100	136	177	194	148	168	277	1.350
17 TOCANTINS	154	265	520	571	828	1.044	1.080	1.098	1.183	6.743
21 MARANHÃO	51	156	276	590	911	940	907	774	1.017	5.622
22 PIAUÍ	128	193	304	420	1.798	536	568	897	1.104	5.948
23 CEARÁ	118	185	290	505	603	839	1.038	1.148	1.465	6.191
24 RIO GRANDE DO NORTE	57	218	378	577	841	893	886	929	1.164	5.943
25 PARAÍBA	216	303	464	836	960	935	1.035	393	1.142	6.284
26 PERNAMBUCO	773	1.498	2.588	2.991	4.278	4.614	4.120	4.092	5.034	29.988
27 ALAGOAS	279	489	924	1.124	1.196	1.155	1.200	1.175	1.792	9.334
28 SERGIPE	12	15	42	100	331	389	356	341	336	1.922
29 BAHIA	1.039	1.598	1.930	2.308	3.177	3.938	4.040	4.602	4.776	27.408
31 MINAS GERAIS	821	2.671	7.338	9.981	14.171	17.444	20.020	18.803	21.250	112.499
32 ESPÍRITO SANTO	22	135	350	578	1.041	1.469	1.915	2.578	2.839	10.927
33 RIO DE JANEIRO	419	1.870	3.300	5.156	6.247	7.862	7.391	9.148	13.309	54.702
35 SÃO PAULO	5.923	8.302	11.665	17.179	16.258	17.208	20.342	26.290	33.228	156.395
41 PARANÁ	652	1.104	2.074	3.929	5.151	6.009	6.547	6.873	8.449	40.788
42 SANTA CATARINA	316	1.253	2.190	2.798	2.842	3.725	3.458	3.241	3.869	23.692
43 RIO GRANDE DO SUL	108	1.600	3.113	4.403	4.633	5.191	5.117	5.355	6.844	36.364
50 MATO GROSSO DO SUL	948	1.461	1.937	1.883	2.087	2.389	2.089	2.177	2.406	17.377
51 MATO GROSSO	82	159	366	556	678	789	957	996	1.114	5.697
52 GOIÁS	438	849	843	1.528	1.712	1.799	2.040	1.997	2.167	13.373
53 DISTRITO FEDERAL	268	260	442	521	566	469	443	484	655	4.108
00 IGNORADO	2	1	4	9	14	25	12	28	26	121

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do DATASUS – SINAN.

Houve um crescimento considerável em todos os estados do Brasil (tabela 1). Um dos motivos pode ter sido a sensibilização para a notificação compulsória, obrigatória a partir de 2003 e não necessariamente o aumento do número de casos de violência contra a mulher.

Uma melhor compreensão dos dados foi realizada comparando-se a total da população feminina por região e o percentual de concentração de todos os casos notificado verificando eventual confirmação ou não de notificações em relação ao total da população indicada no Censo de 2010.

Analisando a evolução longitudinal em relação ao número de casos reportados observa-se uma ausência de um efetivo controle das Políticas Públicas em relação ao assunto em quase todos os estados.

Esse fato, de ausência de controle ou eficiência no monitoramento e punições deste tipo de violência por parte dos governantes tem deixado o problema expandir, arguição esta, subsidiada pelo elevado número de crescimento de reporte de casos ao longo dos últimos 9 anos. Não houve um Estado que tenha deixado de reportar um caso, sendo o problema liderado pelas principais metrópoles como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

O Estado de Pernambuco teve um crescimento assustador ao longo os últimos dez anos, o número dobrou anualmente de 2009 a 2013, se manteve pouco estável até 2016 e voltou a crescer em 2017 (aumento nesse período de 1000 registros).

São Paulo, cidade muitas vezes no ranking de melhor PIB da América Latina e até com boas colocações em relação a outras cidades do mundo, concentrando o poderio econômico financeiro, recursos para a escolaridade e uma boa formação, acumula um crescimento estrondoso do número de casos, inversamente proporcional ao crescimento econômico, chegando a atingir nos três últimos períodos analisados o aumento de 9 mil casos reportados por ano (2015 à 2017).

Apenas seis Estados (Distrito Federal, Sergipe, Amapá, Roraima, Acre e Rondônia) reportaram menos de 1000 casos, fato este que pode estar associado a falta de recurso ou acesso a rede de saúde pública. Ainda assim, o número de seis Estados é muito pequeno em relação aos demais no Brasil, fato que apesar de mencionado não configura controle ou monitoramento efetivo das políticas públicas sobre a problemática.

Tabela 2 - Relação do Número de Casos de Violência contra Mulher notificados pelonúmero de habitantes sexo feminino.

UF de residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	hab 2010 * mil	Total	total/hab
Mato Grosso do Sul	948	1.461	1.937	1.883	2.087	2.389	2.089	2.177	2.406	1.229	17.377	1%
Minas Gerais	821	2.671	7.338	9.981	14.171	17.444	20.020	18.803	21.250	9.955	112.499	1%
Roraima	108	119	166	203	385	407	251	303	457	221	2399	1%
Tocantins	154	265	520	571	828	1.044	1.080	1.098	1.183	681	6.743	1%
Acre	86	186	214	301	330	337	493	585	722	365	3254	1%
Paraná	652	1.104	2.074	3.929	5.151	6.009	6.547	6.873	8.449	5.313	40.788	1%
Santa Catarina	316	1.253	2.190	2.798	2.842	3.725	3.458	3.241	3.869	3.148	23.692	1%
São Paulo	5.923	8.302	11.665	17.179	16.258	17.208	20.342	26.290	33.228	21.184	156.395	1%
Rio Grande do Sul	108	1.600	3.113	4.403	4.633	5.191	5.117	5.355	6.844	5.488	36.364	1%
Pernambuco	773	1.498	2.588	2.991	4.278	4.614	4.120	4.092	5.034	4.565	29.988	1%
Rio de Janeiro	419	1.870	3.300	5.156	6.247	7.862	7.391	9.148	13.309	8.364	54.702	1%
Espírito Santo	22	135	350	578	1.041	1.469	1.915	2.578	2.839	1.783	10.927	1%
Alagoas	279	489	924	1.124	1.196	1.155	1.200	1.175	1.792	1.608	9.334	1%
Amazonas	248	465	746	1.083	1.508	1.208	1.204	1.142	1.392	1.730	8.996	1%
Goiás	438	849	843	1.528	1.712	1.799	2.040	1.997	2.167	3.022	13.373	0%
Amapá	43	107	100	136	177	194	148	168	277	334	1350	0%
Bahia	1.039	1.598	1.930	2.308	3.177	3.938	4.040	4.602	4.776	7.138	27.408	0%
Mato Grosso	82	159	366	556	678	789	957	996	1.114	1485	5697	0%
Piauí	128	193	304	420	1.798	536	568	897	1.104	1589	5948	0%
Rio Grande do Norte	57	218	378	577	841	893	886	929	1.164	1619	5943	0%
Paraíba	216	303	464	836	960	935	1.035	393	1.142	1.942	6284	0%
Distrito Federal	268	260	442	521	566	469	443	484	655	1.341	4108	0%
Pará	72	327	737	809	1.389	1.444	1.795	1.896	1.434	3.759	9.903	0%
Rondônia	47	61	132	164	173	236	257	339	540	767	1949	0%
Sergipe	12	15	42	100	331	389	356	341	336	1062	1922	0%
Maranhão	51	156	276	590	911	940	907	774	1.017	3313	5622	0%
Ceará	118	185	290	505	603	839	1.038	1.148	1.465	4.332	6.191	0%
Ignorado/exterior	2	1	4	9	14	25	12	28	26	1.341	121	0%

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do DATASUS–SINAN(11).

Os Estados que mantiveram percentual de 1% dos números de casos notificados em relação ao total da população feminina, informados na tabela 2, foram: Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Roraima, Tocantins, Acre, Paraná, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Alagoas e Amazonas.

Quando comparados a tabela 1 (número total de casos notificados por Estado) em relação a tabela 2 (número total de casos notificados em relação a população do Estado em referência) observamos que os estados de Roraima,

Tocantins, Acre, Alagoas e Amazonas não são relevantes na tabela 1, ou seja, tem menos de 10.000 casos reportados no período analisado, no entanto, na tabela 2 o valor de casos é representativo em relação ao total da população feminina do Estado.

A ponderação pelo número total de habitantes femininas nos Estados é fundamental para dar uma ideia de representatividade de casos em relação ao total da população analisada. Muitas vezes, pelo número de casos pode parecer irrelevante em relação aos demais Estados, no entanto, para a população residente tem forte impacto podendo representar um problema maior que o inicialmente pensado.

Os números dado ao crescimento desenfreado retratam a falta de efetividade das tratativas governamentais e até descaso sobre o assunto. O aumento da incidência de casos por outro lado, pode representar o acesso da população aos recursos da saúde pública permitindo e acompanhando a incidência de casos, no entanto, há de se compreender o nível de acesso da população aos sistemas de saúde para entender essa questão, não retratada neste trabalho.

Em busca de uma melhor compreensão sobre as características das notificações buscou-se dados em relação ao número de escolaridade, entendendo se há relação entre o nível de escolaridade e o total de notificações em base comparativa entre os Estados, ou seja, há maior incidência de casos em mulheres sem escolaridade? Para responder a essa questão foi elaborada a tabela 3, mencionando o número de casos notificados e a incidência de escolaridade (ensino médio completo) nestes casos.

Tabela 3 - Notificação por Estado e Grau de Escolaridade (Ensino Médio Completo)

TOTAL	1.895	3.843	6.296	10.240	13.138	14.883	17.569	20.147	27.471	115.482	609.156	19%
ESPÍRITO SANTO	7	23	64	138	208	442	461	642	860	2.845	10.927	26%
ACRE	16	27	47	59	65	87	140	142	247	830	3254	26%
SÃO PAULO	1.097	1.551	2.246	3.827	4.080	4.037	5.457	6.951	9.361	38.607	156.395	25%
TOCANTINS	36	53	110	100	151	233	263	301	344	1.591	6.743	24%
SANTA CATARINA	48	235	407	567	608	881	848	813	1.151	5.558	23.692	23%
AMAPÁ	8	28	40	59	53	31	21	26	49	315	1350	23%
PARÁ	-	10	48	122	290	267	452	702	406	2.297	9.903	23%

RIO GRANDE DO SUL	7	213	412	858	967	1.157	1.177	1.268	1.890	7.949	36.364	22%
PARANÁ	125	193	372	700	908	1.115	1.437	1.616	2.108	8.574	40.788	21%
MARANHÃO	14	26	44	65	117	167	230	192	280	1.135	5.622	20%
RORAIMA	15	25	30	34	71	91	50	53	87	456	2399	19%
PIAUI	34	26	42	80	401	60	111	172	185	1.111	5.948	19%
AMAZONAS	43	86	97	185	267	228	244	194	257	1.601	8.996	18%
MATO GROSSO	11	21	66	76	137	116	145	170	254	996	5697	17%
GOIÁS	33	137	129	152	240	319	381	424	510	2.325	13.373	17%
CEARÁ	11	24	30	61	100	132	148	214	299	1.019	6.191	16%
MINAS GERAIS	101	271	800	1.299	2.016	2.789	3.232	3.023	4.809	18.340	112.499	16%
PERNAMBUCO	65	242	361	482	585	617	749	723	929	4.753	29.988	16%
DISTRITO FEDERAL	38	32	33	63	74	84	62	71	162	619	4108	15%
PARAÍBA	14	58	75	150	121	170	155	64	135	942	6284	15%
RONDÔNIA	2	3	12	14	16	21	51	57	104	280	1949	14%
RIO DE JANEIRO	53	261	368	584	865	983	984	1.424	1.811	7.333	54.702	13%
MATO GROSSO SUL	92	180	243	239	265	269	230	285	379	2.182	17.377	13%
BAHIA	18	86	144	211	369	426	392	454	542	2.642	27.408	10%
RIO GRANDE N.	1	25	54	66	76	76	49	77	108	532	5943	9%
ALAGOAS	6	7	16	40	70	72	83	79	175	548	9334	6%
SERGIPE	-	-	6	9	18	13	17	10	29	102	1922	5%

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do DATASUS. Frequência por ano da notificação de 2008 a 2019; Faixa etária: 10 a 49 anos; Sexo: Feminino; Escolaridade: Ensino médio completo; Período: 2009 a 2017.

Os Estados que concentram o maior número de notificações em relação a mulheres com ensino médio completo são: Espírito Santo (26%), Acre (26%), São Paulo (25%), Tocantins (24%), Santa Catarina (23%), **Amapá (23%), Pará (23%), Rio Grande do Sul (22%),** Paraná (21%), Maranhão (20%), Roraima (19%), Piauí (19%), Amazonas (18%).

Os estados de Mato Grosso do Sul (13%), Minas Gerais (16%), Pernambuco (16%), Rio de Janeiro (13%), Alagoas (6%) listados na análise da tabela 2 –

concentração de notificação em relação ao total da população feminina no estado analisado não tiveram a mesma representatividade em relação ao total de notificações por grau de instrução.

De certa forma, o número de incidência de casos em mulheres com ensino médio completo é bem menor que em mulheres sem escolaridade, de certa forma relacionando o fato de que mulheres com formação no ensino médio tem menor representatividade em relação as mulheres sem a formação no ensino médio.

Apesar da caracterização da amostra e do controle do número de casos, foi elaborada a tabela 4, retratando o percentual de incidência entre o número de notificações de registro total acumulado nos últimos 9 anos por estado. O objetivo é verificar a ponderação do total de registros por ano em relação ao total acumulado.

Tabela 4 - Avaliação longitudinal do número de registros por estado.

UF DE RESIDÊNCIA	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	TOTAL / MIL	TO TA L/ HA B
TOTAL	43%	40%	30%	25%	2%	-3%	3%	18%	22	1%
MATO GROSSO DO SUL	35%	25%	-3%	10%	13%	-14%	4%	10%	17	1%
MINAS GERAIS	69%	64%	26%	30%	19%	13%	-6%	12%	112	1%
RORAIMA	9%	28%	18%	47%	5%	-62%	17%	34%	2	1%
TOCANTINS	42%	49%	9%	31%	21%	3%	2%	7%	7	1%
ACRE	54%	13%	29%	9%	2%	32%	16%	19%	3	1%
PARANÁ	41%	47%	47%	24%	14%	8%	5%	19%	41	1%
SANTA CATARINA	75%	43%	22%	2%	24%	-8%	-7%	16%	24	1%
SÃO PAULO	29%	29%	32%	-6%	6%	15%	23%	21%	156	1%
RIO GRANDE DO SUL	93%	49%	29%	5%	11%	-1%	4%	22%	36	1%
PERNAMBUCO	48%	42%	13%	30%	7%	-12%	-1%	19%	30	1%
RIO DE JANEIRO	78%	43%	36%	17%	21%	-6%	19%	31%	55	1%
ESPÍRITO SANTO	84%	61%	39%	44%	29%	23%	26%	9%	11	1%
ALAGOAS	43%	47%	18%	6%	-4%	4%	-2%	34%	9	1%
AMAZONAS	47%	38%	31%	28%	-25%	0%	-5%	18%	9	1%
GOIÁS	48%	-1%	45%	11%	5%	12%	-2%	8%	13	0%
AMAPÁ	60%	-7%	26%	23%	9%	-31%	12%	39%	1	0%
BAHIA	35%	17%	16%	27%	19%	3%	12%	4%	27	0%
MATO GROSSO	48%	57%	34%	18%	14%	18%	4%	11%	6	0%
PIAUI	34%	37%	28%	77%	-235%	6%	37%	19%	6	0%
RIO GRANDE DO NORTE	74%	42%	34%	31%	6%	-1%	5%	20%	6	0%
PARAÍBA	29%	35%	44%	13%	-3%	10%	-163%	66%	6	0%
DISTRITO FEDERAL	-3%	41%	15%	8%	-21%	-6%	8%	26%	4	0%

PARÁ	78%	56%	9%	42%	4%	20%	5%	-32%	10	0%
RONDÔNIA	23%	54%	20%	5%	27%	8%	24%	37%	2	0%
SERGIPE	20%	64%	58%	70%	15%	-9%	-4%	-1%	2	0%
MARANHÃO	67%	43%	53%	35%	3%	-4%	-17%	24%	6	0%
CEARÁ	36%	36%	43%	16%	28%	19%	10%	22%	6	0%
IGNORADO	-100%	75%	56%	36%	44%	-108%	57%	-8%		0%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Tabela 1

A tabela apresenta uma falta de uniformidade na análise longitudinal em relação aos dados apresentados, que pode representar a falta de efetividade das Políticas Públicas. Alguns estados apresentam melhoras importantes de um ano para outro, concentrados até 2013.

A partir de 2017 há uma piora no controle da violência contra a mulher ou um aumento representativo de notificações nos estados que concentram maior preocupação em relação a representatividade da população feminina. Neste período, apenas os estados de Pará e Sergipe reduziram o número de notificações, todos os demais tiveram aumentos relevantes de casos reforçando a necessidade de se repensar ações de conscientização e a aplicação de penas severas tal como previsto no código penal intimidando a incidência ou reincidência de novos casos.

5 Conclusão

O resultado da pesquisa permitiu analisar a evolução dos números de casos de violência contra a mulher com idade entre 10 e 49 anos, pelo período de 10 anos (2008 a 2018), notificadas pelos serviços públicos onde aconteceram os atendimentos destes agravos, SINAN, observando concentração por Estado brasileiro e uma possível relação com o grau de escolaridade.

A análise foi subsidiada pelo estudo da relação entre o número de casos notificados por estado e a população feminina divulgada pelo Censo de 2010. Desta forma, foi possível descobrir o percentual de incidência indicando a representatividade entre os Estados brasileiros.

Os Estados de Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Roraima, Tocantins, Acre, Paraná, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Alagoas e Amazonas nesta ordem de relevância ou concentração de casos notificados em relação ao total da população.

Em relação a escolaridade, mantiveram-se os estados do Espírito Santo (26%), Acre (26%), São Paulo (25%), Tocantins (24%), Santa Catarina (23%), **Amapá** (23%), **Pará** (23%), **Rio Grande do Sul** (22%), Paraná (21%), **Maranhão** (20%), Roraima (19%), Piauí (19%), Amazonas (18%).

Observa-se que a incidência de casos está nos Estados com maior poderio econômico e boa parte com acesso a saúde e educação contradizendo a relação entre a infraestrutura e subsídio a saúde em relação aos demais.

Os estados de Mato Grosso do Sul (13%), Minas Gerais (16%), Pernambuco (16%), Rio de Janeiro (13%), Alagoas (6%) apresentaram-se relevantes por concentrarem grande número de notificações em relação aos demais, no entanto, não apresentaram relação com o grau de escolaridade.

Não foi observada uma relação entre o grau de escolaridade e a alta ou baixa incidência de casos notificados, uma vez que alguns estados que concentram representatividade de casos concentram formação no ensino médio completo e outros estados também relevantes não contam com a referida formação escolar.

A avaliação longitudinal não permitiu a partir dos índices de aumento ou redução do número de casos notificados por Estado, afirmar a redução ou controle do número de casos ao longo dos dez anos analisados. Nenhuma região apresentou uma linearidade percentual de aumento ou redução indicando a efetividade das Políticas Públicas.

Notam-se concentrações expressivas de aumentos e reduções de um ano para outro, fator importante recomendado para estudos em novas pesquisas de modo a orientar possíveis políticas públicas que possam estar contribuindo com o controle da problemática abordada.

O resultado da pesquisa contribuiu com as perspectivas de tendências de trabalhos anteriores e ainda gerou novos dados ou hipóteses para a continuidade dos estudos em pesquisas futuras.

Os resultados corroboram para o conceito de Políticas Públicas ainda tímidas em relação as ações enquanto grupo com capacidade de intervenção. Também é importante destacar o desafio de se abordar a violência contra a mulher como um fenômeno complexo, sendo que profissionais, serviços e políticas de uma área específica não poderão, isoladamente, dar conta ou serem responsabilizados pelo enfrentamento do problema com resolutividade que seja capaz efetivamente de interferir nas elevadas estatísticas.

Fazendo uma reflexão sobre a evolução dos aspectos teóricos, a atenção para a Saúde da mulher no Brasil tinha como foco a gestação, parto e nascimento, e após a Constituição de 1988, ações mais efetivas começaram a surgir (MELO *et al*, 2017). O Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres passam a desenvolver ações conjuntas, sendo destaques: Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; normatização da atenção humanizada ao abortamento legal; notificação compulsória nos serviços de saúde dos casos de violência; anticoncepção de emergência; enfrentamento à feminização das doenças sexualmente transmissíveis e políticas direcionadas especificamente para a atenção à saúde das mulheres lésbicas e afrodescendentes.

Melo *et al* (2017) também destaca o surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, que dentre outras questões, estimula ações intersetoriais buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoeiramento individual e comunitário; promoção de mudanças na cultura organizacional com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de “redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde ações específicas que constitui a PNPS é a “Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz”, onde consta, dentre outros objetivos, a ampliação da rede de prevenção da violência e promoção da saúde; a sensibilização e a capacitação dos gestores e profissionais da saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações

De acordo com os autores, a notificação compulsória ainda é a única fonte de acompanhamento do número de incidência de casos de violência contra a mulher por Estado, no entanto, problemas com o preenchimento e até a falta de controle sobre possíveis dados omissos e não reportados por dificuldade no acesso a saúde podem alterar o resultado da pesquisa, no entanto, buscando reduzir essa margem

de erro adotou-se a avaliação das proporcionalidades de casos em razão do total da população feminina no estado.

Neste estudo evidenciou que em 10 anos as notificações de violência contra a mulher aumentaram e que muitas políticas públicas foram desenvolvidas para diminuir estes agravos e fica claro que as notificações são instrumentos que mostram a realidade em nosso país.

Outra importante consideração a ser feita se refere a falta de especificidade de registro, onde muitos casos de notificação não tinham informações importantes como por exemplo o grau de escolaridade, o preenchimento da empregabilidade, e outros dados que podem ser importantes em relação a retratação da caracterização destes casos para por especificidade de Estado traçar novas ações dentro das Políticas Públicas visando ao monitoramento e controle efetivo dos casos.

A ausência de uma Política efetiva de notificação nas escolas, hospitais, comunidades, serviços de saúde e educação em geral não trabalha a conscientização da população para o problema e a falta do registro impede o conhecimento do número real de casos envolvidos, tal como a caracterização da amostra permitindo uma assertividade nas ações públicas.

Apesar de todo esse contexto envolvendo a ausência ou deficiência das notificações, a análise é de supra importância para tratar e direcionar ações para o tema buscando uma orientação para direcionamento de recursos e investimentos buscando a erradicação do problema que não precisa ser controlado e sim acabado por completo a ponto de não existirem mais notificações.

Referências

ALMEIDA, T. M. C. As raízes da violência na sociedade patriarcal. **Soc. estado**. Brasília, v. 19, n. 1, p. 235-243, junho 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922004000100012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 nov. 2019.

ARBOIT. J; PADOIN S.M.; VIEIRA L.B.; PAULA C.C.; COSTA M.C.; CORTES. LF. Atenção à saúde da mulher em situação de violência: descoordenação dos profissionais da rede. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2017.

BARROS C.R; SCHRAIBER L.B. Violência por parceiro íntimo relatada por mulheres e homens usuários de unidades de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2017.

BANDEIRA, L. MELO, H. P. **Tempos e memórias**: movimento feminista no Brasil. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.072, de 25 de Julho de 1990**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências.

BRASIL. **Lei 8072, de 25 de julho de 1990**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 26/7/1990, Página 14303 (Publicação Original).

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006**.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24/11/2003**. (notificação compulsória pelos serviços de saúde).

CARCEDO A. **No olvidamos niaceptamos**: feminicídio em centro America. 2000-2006. San José: CEFEMINA, 2010.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Tolerância social à violência contra as mulheres**, 2014. Disponível em <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/tolerancia-social-a-violencia-contra-as-mulheres-ipea-2014/>. Acessado em 10/12/2019.

LEITE F. M. C; AMORIM M.H.C.; WEHRMEUSTER F.C.; GIGANTE D.P. Violência contra mulheres, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços públicos e privados**. São Paulo, 2001.

MACHADO, L. Z. **Feminismo em movimento**. 2. ed. São Paulo: Francis, 2010.

MENDONÇA M.F.S., LUDEMIR A.B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública**, abril, 2017.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, Sept. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902963&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.22732015>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS Brasil). **Folha Informativa: Violência contra a mulher**. Novembro, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 02 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estúdio multipaís de la OMS sobre salud de lamujer y violencia doméstica**. Ginebra, Suiza, 2005. Disponível em: https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/OMS_estudiomultipais_resumendelinforme1.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

PASINATO W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. **Cad. Pagu**. v. 37, p. 219-246, 2011.

ROSA, D. O. A.; RAMOS, R. C.; GOMES, T. M. V.; MELO, E. M.; MELO, V. H. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.4, p. 67-80, dez 2018.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SILVA, J. M. M. LIMA, M. C. LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Rev. Saúde Pública.** 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100225&lng=en. Acesso em: 02 nov. 2019.