



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Ciências Sociais
Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas

CRISTIANE MULLER CALAZANS

**PERFIL DE VITIMIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOS
MUNICÍPIOS DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ
2012-2014**

Maringá
2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Ciências Sociais
Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas

CRISTIANE MULLER CALAZANS

**PERFIL DE VITIMIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DOS
MUNICÍPIOS DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ
2012-2014**

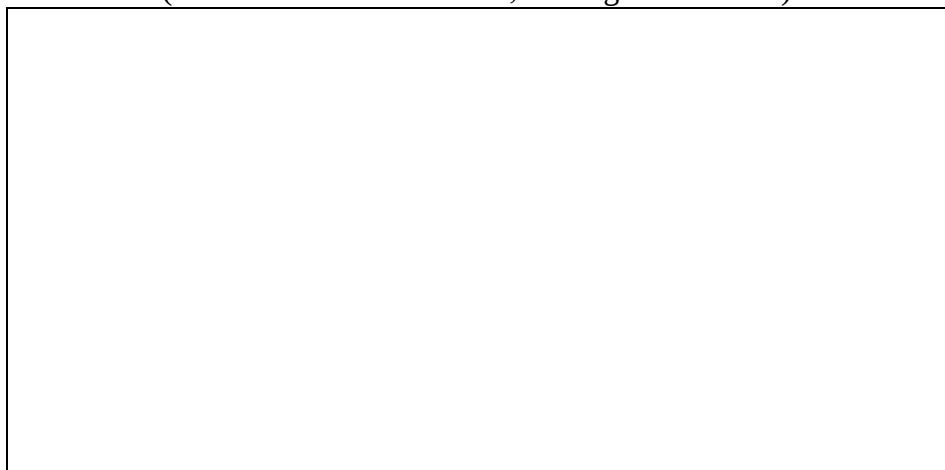
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientador: Professora Dra. Celene Tonella

Maringá
2016

“Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central – UEM, Maringá. PR. Brasil)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the CIP (Cataloging in Publication) data.

Nome da bibliotecária responsável

CRISTIANE MULLER CALAZANS

**PERFIL DE VITIMIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DOS
MUNICÍPIOS DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ
2012-2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Profa. Dra. Celene Tonella
Universidade Estadual de Maringá (Orientadora)

Prof. Dr. Ednaldo Ribeiro
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Profa. Dra. Cássia Maria Carloto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Aprovada em: 08/ 07/2016

Local de defesa: Bloco H-35, sala 7, campus da Universidade Estadual de Maringá.

Dedicatória

Ao Senhor da minha vida e que até aqui cuidou de mim, e de minha família: JESUS CRISTO.

Ao meu esposo Jorge Luiz, pela compreensão e dedicação em tantas idas e vindas, baixos e altos, esteve presente e foi nosso sustentáculo!

Aos meus filhos, Matheus Augusto e Vithor Luiz pela compreensão e amor. Por uma sociedade melhor para vocês e suas famílias.

Aos meus pais, Gisela e Almiro Muller, por se disporem incondicionalmente a me ajudarem.

Às mulheres, idosos e crianças maiores vítimas de violência doméstica da região estudada da 15ª Regional de Saúde de Maringá, não os conheço pessoalmente, mas estudei um pouco de sua dor, para que outros tenham a possibilidade de não sofrerem.

E aos profissionais das políticas públicas na área de proteção, prevenção e atenção à violência, que seja uma contribuição à cultura da paz.

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, em sua infinita sabedoria, que me proporcionou esta trajetória em minha vida, sabendo que era um sonho de longa data continuar meus estudos e ouviu minhas orações contínuas para que me ajudar a entrar neste caminho e depois para permanecer e chegar ao fim com vitória. Sempre minha gratidão e reverência.

Ao meu esposo Jorge Luiz meu companheiro há 22 anos, pela paciência e compreensão, o amor e a dedicação, que me apoiou como mulher, mãe e profissional e acreditou que poderia realizar este sonho.

À minha mãe, Gisela que me ensinou desde muito nova, a ter esperança em todos momentos e pelo seu exemplo de guerreira incansável, esteio de nossa família, mesmo vivendo tempos difíceis, com muita sabedoria, tem lutado para que os seus e os meus sonhos pudessem ser alcançados e romper barreiras impostas, de que “mulher não precisa estudar tanto”. A senhora acreditou no meu desejo intenso, desde muito nova, de buscar conhecimentos e no dom de ensino já brotando, treinado nas aulas para minhas bonecas e cachorrinhas, provavelmente herdados ou influenciada por você, que aos 72 anos, continua sonhando, estudando e buscando conhecimentos para ensinar a nós e aos outros com suas sábias palavras. Agradeço que tenha me ajudado a lutar, por tantos momentos de acolhimento e oração para conseguir vencer cada etapa e chegar junto comigo ao fim desta. Mãe te admiro e amo incondicionalmente.

Ao meu pai, homem terno, generoso que sempre esteve disponível para me ajudar naquilo que conseguia e embarcou nesta aventura comigo, acreditando que seria o melhor, por ter disposto aquilo que tem de melhor, sua tranquilidade e sabedoria de que no “final tudo dá certo”, não precisamos desesperar.

À querida amiga Luciene pelo incentivo, pelas palavras de conforto e ânimo quando eu pensava que não venceria, pelos conselhos, compartilhar de seu conhecimento me ajudando a amadurecer as discussões de meu trabalho e dos caminhos que havia passado para chegar ao fim desta etapa em sua vida, enfim, obrigada pelo apoio e pela amizade.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Celene Tonella por compartilhar comigo seu conhecimento, abrindo horizontes novos teóricos e práticos, mas também um pouco de seu cotidiano como docente, como pessoa que se dedica a várias possibilidades de atuação dentro da universidade e acompanhá-la neste agitado cotidiano e não poderia deixar de agradecer pelas inúmeras caronas e orientações extras nessas idas e vindas.

À Prof^a Dr^a Ana Lúcia Rodrigues por ter permitido realizar meu estágio supervisionado acompanhando o incrível cotidiano do Observatório das Metrópoles – Maringá, por ter

compartilhado seus conhecimentos teóricos, de vida e de sua incansável luta por uma sociedade mais justa e respeito ao próximo e nos fazer continuar acreditando que é possível melhorarmos esta sociedade seja na micro ou macro realidade. Meu muito obrigada, professora, espero continuar compartilhando por muito tempo um pouco desta realidade.

Assim, agradeço a todos os colegas do Observatório das Metrópoles – Maringá, por poder chegar de mansinho e ser logo inserida no grupo, como se fosse velhos companheiros de trabalho e de lutas sociais.

A cada professor (a) e funcionários (as) do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá, cada um (a) a sua maneira tiveram seu significado em minha vida durante o processo do mestrado. Ressaltando o secretário Júnior, por sua paciência em estar nos orientando em tantas dúvidas no cotidiano administrativo do curso.

Às amigas e amigos que tive o prazer de conhecer e conviver, durante estes dois anos, pois, dividimos sonhos, compartilhamos angústias, dúvidas, algumas certezas e muitos conhecimentos, além do incomparável incentivo mútuo diante dos desafios pessoais e do curso. Em especial ao grupo do *whatsapp mestrado uem 2015*, meu muito obrigada por todas as informações, apoio, compartilhar de sentimentos de todos os tipos e vibrações a cada colega que conseguiu terminar esta etapa.

Ao Prof. Dr. Ednaldo Aparecido Ribeiro por compartilhar seus saberes e abrir possibilidades de caminhos diversos para pesquisas na área social que me encantaram e por aceitar mais uma vez contribuir na banca examinadora deste trabalho. À Prof^a. Dra^a Cássia Maria Carloto, por ter aceitado o convite para participar desta banca. Muito obrigada pela disponibilidade, professores, com certeza seus apontamentos contribuirão para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Hélio Terada, coordenador técnico científico da Clínica Odontológica da UEM, pela compreensão, incentivo e apoio em todos os momentos deste processo intenso de construção do saber. Estendo meus agradecimentos a todos colegas docentes, técnicos e acadêmicos pela compreensão.

À 15^a Regional de Saúde de Maringá, que na pessoa da técnica assistente social Doutoranda Simoni Pimenta, me orientou no acesso e organização dos dados coletados, que gentilmente discutiu muitos dos pensares que surgiram com a leitura deste banco.

Ao Wesley Furriel, por ter realizado as análises estatísticas, mas também por ter respondido as inúmeras dúvidas que foram surgindo na discussão destas. Agradeço

"Muitos que convivem diariamente com a violência acham que ela é parte intrínseca da condição humana. Mas não é. A violência pode ser evitada. Governos, comunidades e indivíduos podem fazer a diferença. "

Nelson Mandela

CALAZANS, Cristiane Muller. **Perfil de Vitimização da Violência Doméstica dos Municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá - 2012-2014**. 2016. 116f. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

RESUMO

A violência é um fenômeno que vem apresentando todos os anos um crescimento em suas manifestações, levando a uma inquietude social. A presente pesquisa foi em busca de conhecer o perfil de vitimização da violência doméstica na 15ª Regional de Saúde de Maringá-Pr, através do banco de dados do SINAN 2012 a 2014. A pesquisa se classifica como quantitativa. O tratamento estatístico dos dados inicialmente foi através do modelo de análise descritiva, com a utilização do software SPSS 2.0. E para estabelecer o perfil de risco por manifestação de violência e verificar, quais destas, tem maior chance de reincidência, foi empregado o modelo de Regressão Logística Binária. A partir das análises chegamos as considerações que indicam o perfil descritivo, sendo mulheres, com ensino fundamental na idade entre 18 a 49 anos, sendo a violência mais notificada a física, seguida da sexual. O perfil de risco à violência física, abandono/negligência e financeira/econômica é a faixa etária mais velha. Em seguida o perfil de risco à violência sexual configurando-se no sexo feminino e na idade mais indefesa que é de 0 a 12 anos. E o perfil de risco para a violência psicológica/moral é ser mulher, casada independentemente da idade. Podemos considerar que nos municípios que compõe a 15ª Regional de Saúde de Maringá, temos idosos, mulheres casadas, crianças e adolescentes os segmentos que estão em maior fragilidade de risco para as manifestações da violência doméstica. Em relação ao perfil de risco à reincidência das manifestações da violência doméstica, temos a violência financeira/econômica, psicológica e negligência/ abandono, por ordem de maior risco. E quanto ao agressor, há maior propensão de ser do sexo masculino em várias manifestações e estar alcoolizado acresce mais o risco de cometer as violências. Por meio da pesquisa foi possível vislumbrar possibilidades que as políticas públicas têm para investir seus esforços e recursos financeiros, em uma situação considerada evitável e prevenível.

Palavras-chave: Violência doméstica. Perfil de Vitimização. Notificação. Política Pública

CALAZANS, Cristiane Muller. **Perfil de Vitimização da Violência Doméstica dos Municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá - 2012-2014**. 2016. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

ABSTRACT

Violence is a phenomenon that has been presenting every year an increase in its manifestations, leading to social unrest. The present research was seeking to know the victimization profile of domestic violence at the 15th Health's Regional of Maringa-Pr, through the SINAN database 2012-2014. The research is classified as quantitative. The statistical data processing was initially through the descriptive analysis model, using the SPSS 2.0 software. And to establish the risk profile for manifestation of violence and verify, which of these, has the greatest chance of recurrence, was used the Binary Logistic Regression model. From the analysis it was arrived through the following considerations that indicates the descriptive profile as, women with elementary education, aged from 18-49 years, being the most frequently reported the physical violence, followed by sexual. The risk profile of physical violence, abandonment/neglect and financial/ economic is the older age group. Then the risk profile of sexual violence being female and in the most defenseless age is from 0 to 12 years. The risk profile for the psychological / moral violence is being woman, married regardless of age. We can consider that in the municipalities that compose the 15th Health's Regional of Maringa, have elderly, married women, children and adolescents, which are the segments with the higher fragility of risk to the manifestations of domestic violence. Regarding the risk profile of the recurrence of manifestations of the domestic violence, have the financial violence / economic, psychological and neglect / abandonment, by order of highest risk. And about the aggressor there is a higher propensity to be male in various manifestations and be alcoholized added the risk of committing violence. Through this research it was possible to envision the possibilities that public policies have to invest their efforts and financial resources.

Keywords: Domestic violence. Victimization profile. Notification. Public policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da violência.....	21
Figura2- Modelo ecológico de fatores associados de violência infligida pelo parceiro.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo de dados de notificação de violências doméstica por ciclo de vida nos anos 2013 e 2015 do Banco de dados do SINAN.....	34
Quadro 2 – Comparativo das Informações do Disque 100 no Brasil e no Paraná, 2012.....	41
Quadro 3 – Fatores de risco de um homem cometer violência contra a parceira.....	48
Quadro 4 – Fatores de Risco à violência sexual de homens contra mulheres.....	49
Quadro 5 - Síntese do perfil descritivo da violência doméstica pelo banco de dados do SINAN	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COD	Clínica Odontológica
CRAS	Centro Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especial da Assistência Social
CRISP	Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HURM	Hospital Universitário Regional de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RS	Regional de Saúde
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SINAN	Sistema de Notificações de Agravos em Saúde
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	VIOLÊNCIA: FENÔMENO SOCIAL DE DEFINIÇÃO COMPLEXA E DE EPIDEMIOLOGIA DESAFIADORA.....	20
2.1	CONCEITOS DE VIOLÊNCIA.....	20
2.2	TIPOS E MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	25
2.3	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: PARTINDO DO MUNDO PARA A REALIDADE BRASILEIRA.....	28
2.3.1	Dados Epidemiológicos da Violência Doméstica no Paraná	37
2.4	FATORES DE RISCO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR CICLO DE VIDA.....	42
2.4.1	Fatores de Risco à Violência contra Crianças e Adolescentes.....	44
2.4.2	Fatores de Risco para a Violência Juvenil	45
2.3.3	Fatores de Risco à Violência Praticada por Parceiros Íntimos	47
2.3.4	Fatores de Risco à Violência Contra a Pessoa Idosa	50
2.5	A POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E A SISTEMATIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO SINAN (CONTÍNUO): NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	52
3	CAMINHOS PERCORRIDOS PARA ELABORAÇÃO DA PESQUISA.....	56
3.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	56
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO PESQUISA.....	60
3.2.1	Aspectos Históricos, Sócio demográficos e Econômicos da Região da 15ª Regional de Saúde de Maringá	60
4	APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE VITIMIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA A PARTIR DO BANCO DE DADOS DO SINAN DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ – 2012 A 2014.....	64
4.1	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS SOBRE O PERFIL DA VITIMIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ.....	64
4.1.1	Dados gerais sobre as ocorrências e notificações da violência doméstica nos municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá.....	64

4.1.2	Dados do perfil descritivo da vítima e do vitimizador da 15ª Regional de Saúde de Maringá.....	71
4.2	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE FREQUÊNCIA E PERFIL DE RISCO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR MANIFESTAÇÃO NA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ...	83
4.2.1	Perfil de reincidência à violência doméstica por manifestação.....	98
4.2.2	Construindo uma síntese sobre os fatores de risco à violência doméstica da 15ª Regional de Saúde de Maringá: clareando as pedras do caminho.....	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	110
	ANEXO1 – Ficha de notificação/ Investigação Individual / SINAN	119

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social que destrói e mutila vidas em várias dimensões, como psicológica, física, produtiva, social, comunitária, entre outras. No mundo cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas a cada ano. Além dessas mortes, milhões de crianças, mulheres e homens sofrem devido a amplitude das consequências da violência em suas casas, nas escolas e nas comunidades, que podem acompanhar suas vidas por décadas, levando ao consumo de substâncias psicoativas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamentos e desenvolvimento de uma sociedade (OMS, 2014).

Os custos que a violência proporciona, tanto emocional, físico, financeiro e por que não espiritual para as pessoas, famílias e comunidades inteiras, são altos, levando países a terem o desenvolvimento social e econômico corroídos pelos gastos em resposta à violência, nas áreas de saúde, justiça criminal e bem-estar social.

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 revela lacunas na prevenção da violência em todo o mundo e elas devem ser preenchidas: lacunas no conhecimento sobre a extensão do problema, na qualidade e no alcance de programas de prevenção, no acesso aos serviços para atendimento às vítimas, na aplicação das leis já existentes e nos mecanismos de coordenação do trabalho multissetorial.

Esta pesquisa tem a intenção de contribuir com o conhecimento da extensão da violência doméstica e perfil de vitimização desta, em suas variadas formas de manifestação na 15ª Regional de Saúde de Maringá, composta por 30 municípios.

Esta temática vem de forma crescente transversalizando nossa vida profissional e pessoal. A partir da entrada, enquanto profissional de serviço social, na COD da UEM, tivemos contato com o Projeto de Extensão “Centro Especializado Maringaense de Traumatismo Odontológico - CEMTrau” e a residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial que atendem pacientes em situação de trauma dentário e maxilofacial. Chamou a atenção em muitas ocasiões, o fato do tipo de trauma sofrido, o estado físico e emocional, não condiziam com as histórias contadas. Havia indícios de violência doméstica não explicitados.

A participação em eventos sobre a violência e principalmente das capacitações e das reuniões da Rede de Atenção e Prevenção à Violência de Maringá, nos possibilitou entrar em contato com conteúdos internos de histórias e relações

familiares permeadas de violência, que não tinha clareza anteriormente, que eram considerados como violência. A partir de então, a temática violência doméstica teve um outro significado, pela identificação da história pessoal com as histórias e matérias das capacitações e dos pacientes. Sensibilizou-nos mais a baixa resolutividade dos casos atendidos pelos serviços responsáveis em estarem “estendendo as mãos” para este público, bem como o baixo conhecimento de dados sobre a real situação que atinge a 15ª Regional de Saúde de Maringá.

A questão da violência e sua gravidade vêm sendo elucidada pelos dados publicados por órgãos de pesquisa internacionais, que demonstram que em 2012, o número estimado de homicídios no mundo foi de 475 mil pessoas, sendo 60% homens entre 15 e 44 anos, tendo a região das Américas, a taxa mais alta de homicídios de 28,5 por cem mil pessoas. Para as mulheres, crianças e idosos o impacto da violência está direcionado para as situações não fatais como abusos físicos, sexuais e psicológicos, sendo destes 25% dos adultos relataram já terem sofrido abusos físicos quando crianças; uma em cada cinco mulheres foi vítima de abusos sexuais, quando crianças; uma em cada três mulheres foi vítima de violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo e um em cada 17 idosos relatou ter sofrido algum tipo de abuso no mês que se estava realizando a pesquisa (OMS, 2014).

Dados deste porte nos levam em busca de como esta realidade está manifestando-se na região em que atuamos, uma vez que percebemos a necessidade de um conhecimento mais aprofundado deste fenômeno social, considerado como problema de saúde¹. Pela dificuldade de acesso às informações de dados, conforme relata o próprio Relatório de Prevenção à Violência, da OMS, optamos em pesquisar o perfil de vitimização por violência doméstica por meio do banco de dados que o SINAN nos oferece. Os resultados dos dados trabalhados possibilitam o norteamiento de ações de prevenção, de atenção e de investimento de recursos financeiros de forma mais assertiva, na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá. Optamos por este recorte geográfico, inicialmente por ser a região de atuação profissional da pesquisadora, contribuindo para a potencialização das políticas públicas relacionadas a este fenômeno social, como o Banco de dados do SINAN, desta região, contribuirá para análise de outras pesquisas da Região Metropolitana de Maringá, estudada pelo Observatório das

¹ Saúde pensada em sua definição ampliada, não apenas como ausência de doenças, mas como um bem estar físico, psicológico e social (OMS, 1996).

Metrópoles – Maringá, local onde desenvolvemos o estágio supervisionado, exigido pela pós-graduação.

A partir destas reflexões levantamos algumas perguntas norteadoras de pesquisa: como é entendida a violência doméstica por alguns autores da área da saúde e pelos órgãos que trabalham e pesquisam esta temática? Quais as normativas na área da saúde, que possibilitam a consolidação do Banco de dados do SINAN, que é o sistema que orienta a elaboração, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas nesta área? Qual o perfil da vítima e do agressor da violência doméstica ocorrida e notificada na 15ª Regional de Saúde de Maringá? Existe alguma das manifestações da violência doméstica mais propensa à reiteração?

Acreditamos que este estudo possa nortear propostas efetivas e exequíveis para a produção de políticas públicas de promoção, prevenção e atenção à violência doméstica, potencializando os trabalhos já existentes com as vítimas e possibilitando caminhos para o trabalho com os agressores, orientado pelo conhecimento de seus perfis e os riscos à vitimização e a reincidência. Vários estudos, inclusive o presente, revelam que os agressores são pessoas da família, consanguínea ou não, próxima das relações da vítima. Esta por sua vez, tem uma relação afetiva com o vitimizador, não querendo muitas vezes puni-los apenas, mas que tenha possibilidades de transformação em sua forma de relacionar-se com o outro, que não seja somente através da violência.

Assim, delineamos como tema de pesquisa o perfil de vitimização por violência doméstica. Como objetivo, conhecer o perfil da vítima de violência doméstica na 15ª Regional de Saúde de Maringá- Pr, por manifestação, através do banco de dados do SINAN 2012 a 2014. Para tanto, estaremos em busca de alguns objetivos que norteiam esta pesquisa: conhecer as normativas relacionadas à política de saúde, que possibilitam as notificações de violências, o banco de dados do SINAN, delinear o perfil das vítimas e dos agressores de violência doméstica, que foram notificados no banco de dados do SINAN, nos municípios da 15ª Regional de Saúde Maringá, nos anos de 2012 a 2014. Como também, os fatores de risco à violência doméstica por manifestação: sexual, psicológica/moral, econômica/financeira, física/tortura, negligência/abandono. E identificar o perfil de manifestação da violência doméstica que está mais propensa à reincidência.

Os estudos encontrados sobre vitimização no levantamento das referências para esta pesquisa estão voltados às ocorrências relacionadas a crimes, como a Pesquisa

Nacional de Vitimização. Estas buscam revelar a taxa de subnotificação para os 12 tipos de ocorrências passíveis de registro policial no Brasil (furto e roubo de automóveis, furto e roubo de motocicletas, furto e roubo de objetos ou bens, seqüestro, fraudes, acidentes de trânsito, agressões, ofensas sexuais e discriminação). Também mapeia as incidências e frequências com que cada uma destas ocorrências acontece nas unidades da federação, em municípios com mais de 15 mil habitantes e capitais, com a população acima de 16 anos.

Os dados encontrados relacionados à violência doméstica, estão vinculados à publicações de órgãos governamentais e internacionais, que demonstram este fenômeno de forma mais ampla no Brasil e no mundo, como o Mapa da Violência 2015 - Homicídio contra Mulheres, Boletim Epidemiológico 2013, publicações do Ministério da Saúde, não aprofundando para o estudo de perfis de vitimização.

A relevância desta pesquisa constitui-se em debruçar-se sobre os dados em busca de caracterizar o perfil de vitimização por violência doméstica, não através de pesquisa de campo, como realizam as pesquisas sobre vitimização levantadas nos estudos, mas por meio do que o banco público de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos permite conhecer. Consiste ser relevante ainda, por não ter sido encontrado estudos anteriores com o banco de dados do SINAN, em relação a região escolhida, como também no estado do Paraná, relacionado a questão da vitimização por violência doméstica. Possibilitar um aprofundamento do olhar às necessidades de respostas governamentais, conhecendo a realidade efetivamente dos fenômenos sociais, neste caso, a violência doméstica, é o caminho para a busca e efetivação de propostas de políticas públicas e ações não apenas de punição dos agressores e cuidado das vítimas, mas de ações de promoção da cultura da paz, de prevenção e de amparo aos agressores para estabelecer um novo padrão em suas relações sociais. Enfim, não há como não considerar, com este estudo, as possibilidades de otimização dos recursos financeiros, das ações profissionais e do alcance destas na sociedade.

O conteúdo deste trabalho está disposto em capítulos, sendo o primeiro sobre o complexo conceito de violência doméstica pelo olhar de autores e órgãos que estudam este fenômeno, bem como as legislações na área da saúde que definem suas manifestações, indicadas dentro banco de dados do SINAN. Apresentação breve sobre os dados epidemiológicos gerais de violência e da violência doméstica no mundo, no

Brasil e no Paraná.

Ainda trabalhamos as normativas que a política de saúde estabeleceu para organização das notificações de violência doméstica e sexual e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) que possibilita a alimentação dos dados com o sistema de informação na área da saúde. Contextualizamos o banco de dados do SINAN e as notificações de violência doméstica.

No segundo capítulo apresentamos o caminho metodológico da pesquisa, como uma forma de guiar os procedimentos que foram necessários para construção destes conteúdos apresentados. Inicialmente pontuamos alguns resultados do trabalho realizado com a estatística descritiva sobre os dados por municípios que compõem a 15^a Regional de Saúde de Maringá, conhecendo a realidade do número de notificações e ocorrências durante os anos 2012 a 2014 e o perfil descritivo da vítima e do agressor.

A seguir utilizamos a Regressão Logística Binária, com dados não por municípios, mas por manifestação da violência doméstica, no intuito de alcançarmos o perfil de risco de vitimização e de reiteração desta na região. Finalizamos com a contextualização da região onde os dados foram coletados do sistema SINAN.

No terceiro capítulo, apresentamos e analisamos o perfil descritivo da violência, da vítima e do agressor, seguido da frequência das ocorrências notificadas e do perfil de risco às manifestações da violência doméstica: psicológica/moral, física, financeira/econômica, abandono/negligência e sexual referente a 15^a RS de Maringá, nos anos de 2012 a 2014, bem como a violência que tem mais possibilidade de reiteração.

Finalizamos sintetizando os perfis de risco às manifestações da violência doméstica e de reiteração destas, referentes à região estudada. Indicamos novas pedras que apareceram no caminho, possíveis de construir ou aperfeiçoarem propostas a serem desbravadas para um aprofundamento desta temática e análises deste riquíssimo banco de dados do SINAN. Este possibilita direcionamentos de políticas na área da violência doméstica para uma eficiência e efetividade maior nesta regional e quiçá ampliando para ações em nosso país.

2 VIOLÊNCIA: UM FENÔMENO SOCIAL COMPLEXO E DE EPIDEMIOLOGIA DESAFIADORA

Esta é uma temática que mexe com os conceitos, culturas e formação de sociedade que temos e defendemos. Historicamente a violência doméstica tem sido considerada eminente a humanidade e de fórum íntimo, não de âmbito social. Por ser envolta de muitos mitos, preconceitos e paradigmas, que a sociedade em geral, órgãos de defesa, atenção e prevenção, não queriam, e talvez ainda não queiram muito, debater ou enfrentar. Com a complexificação das relações e a luta dos movimentos sociais pelos direitos à vida com dignidade, a violência doméstica extrapolou a intimidade do lar, do doméstico e veio a ser considerada como uma expressão da questão social, como perda de direitos humanos, exigindo que o Estado considere como seu dever, problema de saúde pública, justiça e de outras políticas setoriais públicas envolvidas.

Para tanto, conhecer como este fenômeno social tem sido definido e tratado pelos órgãos nacionais e internacionais, torna-se necessário para seguirmos em frente nas análises.

2.1 CONCEITOS E MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA

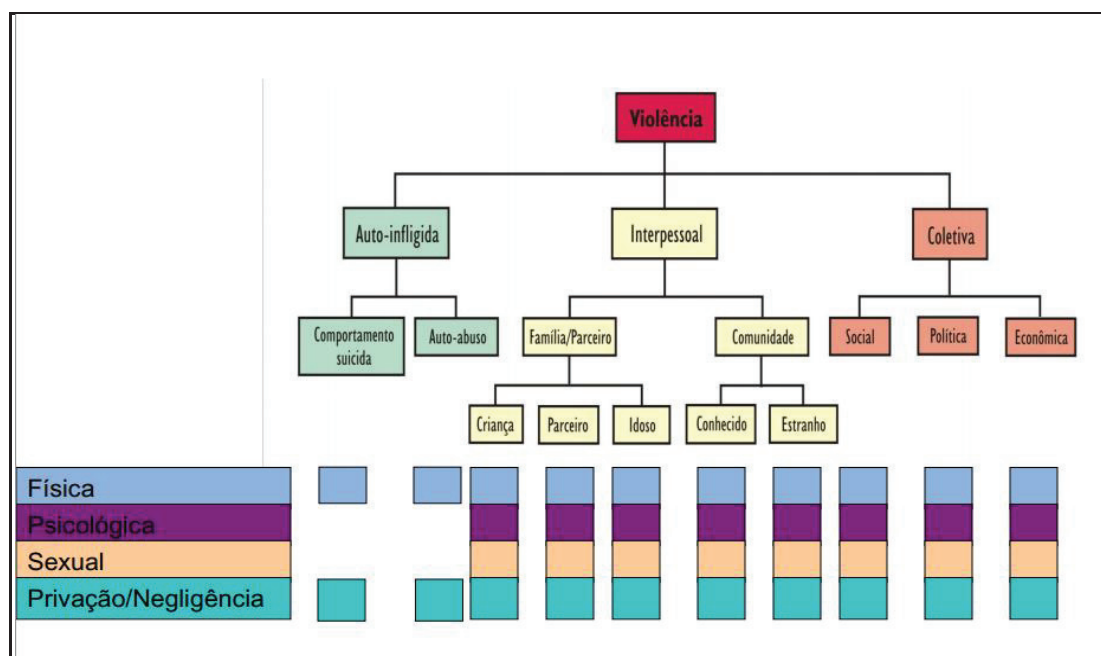
A violência geral e a doméstica vêm permeando o debate nos órgãos internacionais há alguns anos e, em 1996, a Organização Mundial de Saúde manifestou-se de forma mais consistente sobre o que conceituava como violência, sendo reafirmada no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Define violência como:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou um comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.5).

Considera que a violência está ligada à intenção, à vontade, podemos dizer a um caso premeditado anteriormente à execução do ato em si, usando de força física ou de poder real ou de ameaça, que um indivíduo tem sobre o outro ou sobre si mesmo, ou um grupo, ou uma comunidade, que resulta em algum dano ou lesão, seja deficiência em todos os aspectos, privação de algo, danos psicológicos e até a morte.

A Organização Mundial de Saúde divide a violência em várias subdivisões, como se percebe na figura 1, que nos permite entendermos melhor esta definição:

Figura 1 – Tipologia da Violência



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2002)

a) Violência infligida ou autoprovocada (contra si mesmo): compreende o comportamento suicida e o auto abusos;

b) Violência interpessoal: divide-se em violência na família ou por um parceiro íntimo, ainda que nem sempre ocorra dentro de casa e em violência na comunidade que é aquela que ocorre entre indivíduos que não são familiares, geralmente em um local externo de casa. A OMS, (2014, p.vi) considera a violência interpessoal “aquela que ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e estranhos, que inclui maus-tratos à criança, violência juvenil, violência praticada por parceiro íntimo, violência sexual e abuso de idosos”. Defende que esta violência se estabelece como um fator de risco para problemas sociais e de saúde, que podem durar a vida toda e que é uma situação considerada totalmente previsível e evitável.

c) Violência coletiva: subdivide-se em violência social, violência política e violência econômica. (OMS, 2002).

No Brasil, a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por*

Acidentes e Violências – PNRMAV, conceitua violência como "o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros" (BRASIL, 2001). Tanto o acidente tratado nesta política, como a violência, são eventos que podem ser prevenidos, mas por serem considerados equivocadamente como algo natural, como um fato que acontece na vida cotidiana, configura-se como uma modalidade de violência cultural, que Minayo considera “um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir”, sendo reproduzido pelas gerações como uma forma de organização da sociedade. A autora coloca ainda que alguns tipos de violência são característicos da população mais empobrecida, pelo seu modo de vida, de organização e de acesso aos serviços, mas que é “uma falsa ideia achar que os pobres são mais violentos” (MINAYO, 2013, p.24). As violências de gênero, de raça, de idade, acontecem em todos os níveis sociais.

As definições levam a considerar que a questão da violência é um fenômeno multicausal e complexo, não conseguindo se concretizar em uma apenas como a correta, e não pode ser tratada, cuidada por uma área apenas. É preciso considerar que é um fato humano e social, no sentido que envolve o desejo de dominar, submeter o outro, de ter o poder, seja de âmbito familiar, da sociedade, ou entre nações. A violência tem se perpetuado nas relações sociais ao longo de sua evolução e são mais intensas ou não, conforme o período histórico cultural presente nos indivíduos, grupos e coletividades em solucionar os conflitos e as intolerâncias (MINAYO, 2013).

A violência pode ser vista sob o prisma de diversas disciplinas e com interesses variados.

Podemos citar, as ciências penais e jurídicas que analisam a natureza do fato e a forma de punir o agressor, ao passo que as ciências sociais e as do comportamento encaram a violência, via de regra, sob o ângulo do agressor e de suas motivações principais, e, desta forma, procuram entender quais são os fatores que culminam com o ato violento. No âmbito jurídico, a violência é a intervenção de caráter físico, voluntário, de um indivíduo ou grupo contra outro, com vistas a torturar, ofender ou destruir. É a ação de obrigar uma pessoa, física ou moralmente, a praticar atos contra sua própria vontade. Trata-se da utilização ilegal da força, da opressão ou da tirania. Também pode-se considerá-la como a qualidade da pessoa, do grupo violento ou o do ato em si. É sinônimo de irascibilidade, de ação violenta, de coação física ou moral (BAHIA, 2010).

A violência tem persistido na vida social, tendo suas manifestações e consequências nesta e na vida pessoal. Portanto, podemos segundo os autores, considerar que a violência está intrinsecamente vinculada a questão de poder, de

dominação de um pelo outro e se manifesta mais ou menos conforme o momento sociocultural que está vivenciando-se.

A organização do nosso olhar para esta pesquisa é fundamentado pela divisão dos tipos e manifestações de violência que a autora Minayo (2013), faz. Inicialmente divide as violências por tipos, como: violência criminal, violência estrutural, violência institucional, violência interpessoal, violência auto infligida, violência cultural, violência de gênero, violência racial, violência contra a pessoa deficiente e violência intrafamiliar ou doméstica. Vamos nos aprofundar na violência intrafamiliar ou doméstica, que é objeto deste estudo, e trabalhado dentro do Ministério da Saúde, nas causas externas².

A autora Minayo considera violência intrafamiliar semelhante a violência doméstica, pois ambas têm seu foco de análise e compreensão o espaço do lar e as relações de conflito que ocorrem entre as pessoas que residem neste, “transformados em intolerância, abusos e opressão”. É um fenômeno que tem séculos de história, formado pela cultura e que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos, que se tornam naturais nas relações entre as pessoas, ao ponto de serem considerados moral, isto é, parte da essência das pessoas e não passíveis de serem questionados (SILVA; SUNG, 1995). No Brasil, esta violência se manifesta muito claramente na submissão da mulher, crianças e idosos ao provedor, pai, marido. Esta fundamentada nas crenças que historicamente são aceitas, de que o “homem é o chefe, sabe o que é bom e ruim, criança deve ser educada pelo castigo, mulher é domínio do homem” e assim por diante (MINAYO, 2013, p. 34,35). Estes mitos alimentam o machismo e outros poderes, que retroalimentam a violência cultural, mantendo a violência doméstica.

Outro olhar sobre a violência doméstica que a autora SAFFIOTI (1999) traz está intrinsecamente ligado a questão patriarcal, no sentido da construção social e histórica de que o homem tem poder sobre o seu clã. A visão de gênero traz a relação entre dominador e explorado, sendo muito mais amplo do que o olhar somente para o doméstico, apesar de a autora considerar que a relação de gênero também inclui a exploração do homem sobre a mulher. Estabelece-se um domínio territorial, o chefe, via

² Causas externas mortalidade constitui os homicídios, os suicídios e os acidentes; a morbidade constitui as lesões, envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais e coletivas, em razão de causas acidentais e intencionais (violências). Na Classificação Internacional de Doenças (CID) estão classificadas nos códigos V01 a Y98 como mortalidade por causas externas e S e T do capítulo 19, as morbidades. (SOUZA; LIMA, 2013).

de regra o homem, passa a reinar incondicionalmente sobre seus demais ocupantes. Este domínio de território é geográfico e simbólico, que independe de onde seus membros estiverem, o domínio é do chefe.

Considera que a violência doméstica é masculina, mesmo quando é a mulher que comete a agressão. No sentido de que este poder foi delegado do chefe do grupo domiciliar à mulher, sendo esta relação de “dominação-exploração do patriarca a forma de regulação das relações sociais entre os sexos” (SAFFIOTI, 1999, p.84).

O Ministério da Saúde considera violência doméstica a partir da definição que a autora Njaine traz, como:

as variadas formas de violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, outras) que ocorrem no âmbito da família (intrafamiliar), sendo perpetradas por um(a) ou mais autores(as) com laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal) com a vítima. Também se considera violência doméstica quando há vínculos afetivos e/ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) entre autor(es) e vítima(s). Ela independe do local de ocorrência da violência, pois pode ser tanto na zona urbana como na zona rural, dentro ou fora do domicílio. Na prática, violência doméstica e violência intrafamiliar se referem ao mesmo problema (NJAINÉ et al, 2009, p. 25).

Esta definição não limita violência doméstica a pessoas da família apenas, mas todos que tem algum vínculo com a vítima, sendo este afetivo ou de poder. A OMS no Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência 2014 defende esta visão podendo ser causada por membros da família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos ou estranhos, que praticam maus tratos, abusos à vítima. É considerada violência doméstica a relação de abuso entre um cuidador de idosos, de crianças ou de pessoas deficientes com estes, ou um vizinho próximo ou pessoa que tem uma proximidade. Portanto, há uma relação de confiança ou de dependência entre o autor e a vítima, utilizando deste vínculo para abusar de seu poder frente a fragilidade da vítima em se defender. Não limita ainda, o acontecimento dentro do domicílio propriamente dito, mas na relação, no vínculo que ocorre entre vitimizador e vítima para definir como violência doméstica.

O Ministério da Saúde amplia a definição, considerando que é uma violência que abrange dentro e fora do espaço do lar, como a autora Minayo coloca. Assim, desmistifica que as notificações devem ser feitas somente pelos profissionais da política de saúde, mas devem ser de todas as políticas que estão de uma forma ou outra,

em contato com a população. É nesta linha de pensamento que estaremos seguindo em nosso trabalho de pesquisa, uma vez que é a que deve orientar os profissionais que preenchem as notificações para alimentação do banco de dados utilizado para análise, monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas para esta temática e desta pesquisa.

2.2 TIPOS E MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Este fenômeno social tem manifestações ou expressões divididas segundo sua natureza e geralmente vêm associadas, como violências sexual, físicas e psicológicas, além da negligência, abandono ou privação de cuidados. Vamos abordar brevemente cada uma destas naturezas, para clarearmos os termos que estão expressos na ficha de notificação de violências do Ministério da Saúde, da qual falaremos mais adiante e que compõem o banco de dados que a presente pesquisa utiliza.

Iniciando pela manifestação da violência doméstica, a violência sexual, Minayo define por abuso sexual, que

é o ato ou o jogo que ocorre as relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (2013, p.39).

O Ministério da Saúde amplia um pouco mais a definição, que norteia os profissionais para o preenchimento da ficha de notificação, colocando como violência sexual:

qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se: estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas (impostas), pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva ou constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e

reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a). (BRASIL, 2011, p. 43).

A compreensão ampliada sobre violência sexual possibilita uma proteção maior para as vítimas e a prevenção do agravamento, desde que devidamente identificada pelos órgãos, profissionais e pela própria vítima. Estes, por muitas vezes, tem o entendimento sobre violência sexual mais limitado, não interferindo em situações que já são consideradas como “corriqueiras”, podendo gerar um agravamento do caso. Com a definição, do Ministério da Saúde permite clarear e detalhar o que os órgãos de atenção, prevenção, profissionais das políticas setoriais públicas e privadas e a sociedade de forma geral, devem ter em mente quando se fala da manifestação da violência doméstica pela violência sexual.

Outra manifestação da violência doméstica é a violência física, também denominada, maus-tratos físicos ou abuso físico. Segundo o Ministério da Saúde, são “atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo”. Esta violência vai estar se concretizando através de “tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras” (BRASIL, 2011, p. 43). As agressões com armas de fogo, também são consideradas como violência física, mas são notificadas neste banco de dados se forem voltadas a situações de violência doméstica.

Outra manifestação da violência doméstica é a violência psicológica, que se considera

toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2011, p. 41).

Esta pode estar sendo concretizada através de agressões verbais ou gestuais, com o intuito de humilhar, deixar a vítima aterrorizada, fragilizada, sentindo-se rejeitada pelo agressor, mas ampliando-se para os outros membros da família, mesmo que não seja verdadeiro efetivamente.

Este tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência está mais voltada para o ambiente de trabalho a partir de

relações de poder entre patrão e empregado, empregado e empregado, empregado com o cliente/usuário. Define-se como “conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho” (BRASIL, 2011, p. 42) além da relação com os externos que buscam algo naquele lugar de serviços. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa.

Para a manifestação de violência doméstica relacionada na área financeira/econômica, o Ministério da Saúde coloca que :

é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais (BRASIL, 2011, p. 43).

Esse tipo de violência ocorre sobre tudo no âmbito familiar, sendo mais freqüente contra as pessoas idosas e mulheres. É também chamada de violência patrimonial.

Para Minayo (2013, p.40) a apropriação indevida de bens, patrimônios, recursos monetários entre outros, pode ser consentida pela vítima, uma vez que são pressionadas ou violentadas psicologicamente para permitirem esta apropriação.

Outra manifestação da violência doméstica é a negligência/abandono. Esta é considerada como a “omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima” (Minayo 2013, p.40). Acrescentando o olhar desta autora que coloca como “caracterizada pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados” (p.39). Ex.: privação de medicamentos; esquivar-se de levar às consultas agendadas para tratamento de saúde, falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.

Tendo as formas de manifestações da violência doméstica esclarecidas, estaremos a seguir, trabalhando alguns dados sobre este fenômeno no mundo, Brasil e no Paraná, para em seguida aprofundarmos sobre o universo desta pesquisa, na 15ª Regional de Saúde de Maringá.

2.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: PARTINDO DO MUNDO PARA A REALIDADE BRASILEIRA

A violência tem sido um dos agravos que mais crescem, principalmente nas Américas, segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), trazendo uma multidão de pessoas com morbidade ou mortalidade para os relatórios de vigilância. Esta realidade trouxe preocupação para a Organização Mundial de Saúde colocando para as Américas o enfrentamento das violências, como uma das cinco prioridades para os anos iniciais do século XXI.

Os dados levantados pela OMS sobre a violência nos possibilitam uma noção da dimensão do problema no mundo. Inicialmente impacta os dados registrados anualmente no mundo, de mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas – auto-direcionada, interpessoal e coletiva –, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. E que desde o ano 2000, cerca de seis milhões de pessoas morreram em todo o mundo em decorrência de atos de violência interpessoal, fazendo com que o número de mortes por homicídio supere a soma das mortes ocorridas em todas as guerras ao longo desse período (OMS, 2002).

A violência doméstica com sua manifestação na violência física e sexual contra a mulher, praticada por parceiro íntimo traz dados alarmantes de como ainda é ínfimo o conhecimento sobre a real situação da violência doméstica que a população é acometida. Na publicação da OMS (2012) sobre a Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo contra a Mulher, relata uma pesquisa realizada por Garcia-Moreno et al, (2005), sobre a violência contra mulheres em 5 países. Foi realizada em uma capital ou cidade de grande porte e outra que os autores chamam de província, caracterizado pelo ambiente urbano e populações rurais. A Etiópia – província, é a que mais se destacou com 70,9% das mulheres já sofreram alguma vez violência física ou sexual ou ambas do parceiro íntimo e 53,7% continuam a sofrer. Seguida do Peru – província, com 69% de mulheres que já sofreram alguma vez e 34,2% continuam sofrendo a violência física ou sexual por parceiros íntimos. No Brasil – província 36,9% sofreram alguma vez e 14,8% ainda sofrem a violência. No Brasil - cidade (urbano), 28,9% das mulheres sofreram alguma vez violência física e/ou sexual e 9,3% sofrem ainda alguma destas violências.

Ainda em relação à violência contra a mulher, O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, coloca estimativas globais sobre violência praticada por homens contra mulheres. Indicam que 30% destas que tiveram um parceiro (cerca de uma em cada três) já sofreram violência física e ou sexual em algum momento da vida. Nas Regiões Africanas, do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático, aproximadamente 37% das mulheres, que já tiveram um parceiro, relataram ter sofrido violência física e ou sexual praticada por parceiro íntimo, seguindo a região das Américas, com aproximadamente 30% das mulheres relatam terem sido expostas a esse tipo de violência ao longo da vida. Em termos globais, 7,2% das mulheres relataram também ter sofrido violência sexual praticada por outros perpetradores.

O Relatório traz ainda que em relação às meninas, que uma em cada cinco sofreu abuso sexual durante a infância. Estimativas sobre maus-tratos contra a criança indicam que 22,6% dos adultos em todo o mundo sofreram abusos físicos na infância, 36,3% sofreram abuso emocional e 16,3% sofreram negligência física, sem diferenças significativas entre meninos e meninas. Em relação a prevalência de abuso sexual na infância há uma diferença por sexo, sendo 18% para meninas e 7,6% para meninos.

Outro dado que o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 nos indica é a violência contra idosos. A estimativa global disponível mostra que 6% dos idosos relataram ter sofrido abusos significativos no mês que antecedeu a pesquisa realizada, que resultou neste relatório acima citado. Em pesquisas nacionais, realizadas em países majoritariamente de alta renda, taxas relatadas de abusos praticados contra idosos que vivem em casas de família variam de 0,8%, na Espanha, 2,6% no Reino Unido, atingindo 18% em Israel, 23,8% na Áustria e 32% na Bélgica. Em estudos sobre idosos vulneráveis – por exemplo, aqueles que sofrem de demência ou vivem em instituições para idosos –, aproximadamente 25% relataram níveis significativos de abuso psicológico. Considerando que pelo Mapa de crescimento populacional o aumento da população mais idosa é um fato em muitos países, presume-se que aumente também esta condição de violência nesta faixa etária (OMS, 2000, p.15).

Pelo Relatório Mundial de Violência e Saúde, da OMS, o perfil epidemiológico da alta morbimortalidade por violência e acidentes, que são denominadas de causas externas, é 3ª causa de morte na população geral e a 1ª causa de morte na faixa etária de 1 a 39 anos. O relatório traz que as principais vítimas da

violência urbana são os homens, jovens, negros e na violência doméstica, são as mulheres em todas as idades (KRUG; et all, 2002).

Em um grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil, com sua taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, ocupa uma pouco recomendável 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem, em muito, os encontrados na maior parte dos países do mundo. Efetivamente, só El Salvador, Colômbia, Guatemala (três países latino-americanos) e a Federação Russa evidenciam taxas superiores às do Brasil (OMS, 2012).

No Brasil, segundo Waiselfisz (2013), a violência é um tema muito presente em suas “conquistas” de posições mundiais, sendo que a taxa de homicídio geral coloca o país em sétimo lugar entre aqueles onde mais se mata no mundo. São 27,1 mortes para cada 100 mil pessoas. A pesquisa divulgada pela Revista Exame, 2013, lista as 300 cidades mais violentas do Brasil, colocando a cidade de Simões Filho na Bahia, em primeiro lugar com uma taxa de 139 homicídios por 100 mil habitantes, matando mais que no auge dos conflitos no Iraque, que tinha uma taxa de 64,9 mortes por 100 mil habitantes. Nesta pesquisa ainda demonstra que as cidades abaixo de 500 mil habitantes, têm mais violência do que as maiores, aparecendo somente a capital Maceió/AL, maior de 500 mil entre as 10 mais violentas. Segundo o estudo, as cidades que concentram a violência no Brasil têm características em geral, parecidas como “novos pólos de desenvolvimento, zonas de fronteira e do desmatamento amazônico, além de municípios com turismo predatório e currais políticos onde ainda impera a lógica clientelista” (PRATES, 2013).

Outra classificação negativa que o Brasil recebeu, segundo Waiselfisz (2015, p.28) é a 5ª posição sobre a taxa de mortalidade de mulheres, com 4,8 óbitos por 100 mil habitantes, revelando o quanto temos que avançar no cuidado com as nossas cidadãs.

Ainda com dados gerais sobre violência no Brasil, a pesquisa nacional de vitimização do Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), o mapa sobre violências em geral, destacam-se alguns estados do norte e nordeste com a taxa de vitimização mais expressiva em relação a alguma ocorrência de violência nos últimos 12 meses, destacando-se o Amapá com 46% e o Pará com 35,5%. Já o Sul

apresenta a menor taxa de vitimização, tendo Santa Catarina com 17%, Rio grande do Sul 17,2% e Paraná com 17,4%. Nesta mesma pesquisa, traz outra informação que 21,3% da população pesquisada já sofreu algum tipo de violência considerada no estudo, dentre elas a agressão com 14%, sendo a mais expressiva, seguida de 10,7% de discriminação (CRISP, 2013).

Os dados em relação à violência doméstica nos trazem um norteamento de como esta acontece e quanto acontece, mas por não ser só fatal, nem sempre é notificada oficialmente em sua veracidade de acontecimentos, mesmo sendo mais comum que o homicídio e trazendo consequências sociais e de saúde, graves e às vezes, permanentes. Os dados levantados em pesquisas anteriormente publicadas estão organizados por ciclo de vida e/ou por segmento, por tanto, apresentaremos alguns dados nesta organização.

Em um estudo comparativo entre o perfil da mulher vítima de violência doméstica no Brasil, Rio Grande do Sul e Caxias do Sul, realizado por Dornelles Filho, Mincato e Grazzi (2014) os dados sobre a violência doméstica demonstram que no ano de 2.010, no Brasil, foram notificados 66.002 casos de violência doméstica no Banco de dados do SINAN. Destes, 43.620 vitimaram mulheres, perfazendo 66,1% dos casos. Esta pesquisa demonstra que a mulher é a maior vítima da violência doméstica, sendo a faixa etária de 0 a 39 anos, de cor negra, com menor escolaridade a mais susceptível à vitimização. Por outro lado, demonstra também, que no Brasil, no ano realizado a pesquisa, “não há associação imediata entre violência doméstica e desenvolvimento econômico e social nem com a participação feminina no mercado de trabalho formal” (DORNELLES FILHO, MINCATO E GRAZZI, 2014, p.6). Nessa mesma pesquisa, demonstra que quem mais notificou a violência doméstica foi o estado do Mato Grosso do Sul, com 116,6 notificações por 100 mil hab. e o Paraná com 20,3 de notificações por 100 mil hab.

Segundo Waiselfisz (2015b), o Brasil tem uma taxa de homicídio de 4,8 por 100 mil, no ano de 2013, enquanto a mulher negra historicamente sofre mais violência que as mulheres brancas, tem uma taxa de homicídio de 5,4 por 100 mil habitantes e a branca com 3,2 por 100 mil habitantes, no mesmo ano, quando encerrou a pesquisa. Nesta mesma publicação, divulga os dados dos atendimentos por violência doméstica, sexual e/ou outras violências registrados no SINAN, em 2014, nos serviços de saúde.

Durante esse ano, foram atendidas 223.796 vítimas de diversos tipos de violência. Duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) eram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Isto é, a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida (WASELFISZ, 2015 b, p.42).

A pesquisa divulgada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, pelo ligue 180-Central de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2015, p.10), nos traz dados de como a violência doméstica tem acontecido em relação à mulher. Desde que foi implantado o ligue 180 em 2005, foram registrados 4.708.978 de atendimentos. Desses, 552.748 foram relatos de violência, preponderando os relatos de violência física (56,72%) e psicológica (27,74%).

Em 2015 foram registrados 63.090 relatos de violências contra mulheres, destes 31.432 relatos de violência física (49,82%); 19.182 relatos de violência psicológica (30,40%); 4.627 relatos de violência moral (7,33%); 1.382 relatos de violência patrimonial (2,19%); 3.064 relatos de violência sexual (4,86%); 3.071 relatos de cárcere privado (4,87%) e 332 relatos de tráfico de pessoas (0,53%). Ainda em 2015, 58,55% dos casos registrados, foram cometidos contra mulheres negras, demonstrando a importância da discussão de raça frente a violência doméstica.

A comparação do Boletim Epidemiológico 2013 do Ministério da Saúde com o Mapa da Violência 2015- Homicídio de Mulheres no Brasil permite uma comparação dos dados da violência doméstica em anos diferentes, mas com a mesma fonte de coleta de dados. O primeiro apresenta um relatório da manifestação da violência doméstica por ciclo de vida, em que os dados foram captados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2.114 municípios notificantes, no ano de 2011. A outra publicação, o Mapa da Violência 2015- Homicídio de Mulheres no Brasil tem seus dados coletados do mesmo sistema acima indicado, mas em junho de 2015 e com enfoque nos dados voltados às mulheres de todas as idades. Sobre os dados das notificações, a mesma vítima pode ter sofrido mais de uma violência no mesmo evento, sendo anotada todas as vezes que declarou ou ocorreu.

Quadro 1 – Comparativo de dados de notificação de violências doméstica por ciclo de vida nos anos 2013 e 2015 do Banco de dados do SINAN

Ciclo de Vida	Boletim Epidemiológico 2013 (Ministério da Saúde, 2013)	Mapa da Violência 2015 - Homicídios contra Mulheres (WAISELFISZ b, 2015)
60 anos ou mais	física: 64,0% das notificações; violência psicológica e negligência: 30% das notificações (p.10)	física: 38,2% dos atendimentos às mulheres; psicológica: 23% violência sexual: 11,9% negligência: 6,7% (p.50)
Provável Agressor	Filho provável autor da agressão: 29,7% ; pessoa que tem uma relação afetiva: 10%.	um filho em 34,9% dos casos de agressão atendidos pelo SUS;
Pessoas adultas entre 20 a 59 anos	violência física: 80% das notificações; violência psicológica/moral: 30% das notificações violência sexual: 10% (p.09).	violência física: com 58,9% e 57,1% das notificações; violência psicológica: 24,55% e 26,6% respectivamente; violência sexual: 6,2% e 4,3% Obs:Neste ciclo o Mapa trabalha com as idades de 18 a 59 anos, por isto duas porcentagens.
Provável Agressor	pessoa com relação afetiva com a vítima: 36,6%	cônjuge ou ex-cônjuge, sendo 29,7%, 34% e 12,5%,11,2% respectivamente nas violências (p.48).
Adolescente -10 a 19 anos	violência física: 65,% das notificações; violência sexual: 25% psicológica/moral: 20% abandono/negligência: 15%	violência física: com 40,9% dos atendimentos; violência sexual: 24,3%; negligência /abandono: 6,8% dos atendimentos no SUS notificados.
Provável Agressor	amigo/conhecido: 20% dos casos; desconhecido: 15% agressões de pessoas com vínculo afetivo: 12% (p.08).	desconhecidos: 21,1% irmão: 13,7% pais: 21,4% namorado: 9,7% cônjuge: 8,4% (p.48).
Infantil: da idade de 0 a 9 anos	negligência: 43,1% das notificações violência física: 33,3% violência sexual: 30% violência moral/psicológica: 20%	
Provável Agressor	A mãe: 36% dos casos atendidos nos serviços de saúde O pai: com 20% dos casos	82% das agressões a crianças do sexo feminino, de <1 a 11 anos de idade, que demandaram atendimento pelo SUS, partiram dos pais. A mãe, que concentra 42,4% das agressões, O pai: 29,4% (p.48).

Fonte: Adaptado do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde,2013 e Mapa da Violência 2015 - Homicídios contra Mulheres (WAISELFISZ, 2015b).

Começaremos pelo ciclo de vida mais tardio, os idosos. A violência contra este ciclo de vida, ainda é um dado pouco notificado no Brasil, como em todo o mundo, segundo levantamento dos estudos de Chavez (2002), com trabalho de campo e busca ativa, estimaram que cerca de 70% das lesões e dos traumas sofridos pelos velhos não entram nos dados oficiais divulgados.

O Quadro 1 demonstra o quanto ainda a família tem sido fonte de agressão e não de proteção aos seus membros. Na pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, consolida dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, comprovando este fato demonstrado acima, que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia se refere a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção (IBCCRIM, 2004, p.154).

Ainda segundo a pesquisa acima citada, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) registrou no ano de 2000, 13.436 mortes de idosos por violências e acidentes (cerca de 37 pessoas por dia). Foram realizadas 92.796 internações pelo mesmo motivo, sendo que 52,1% foram por quedas; 19,1%, por acidentes de transporte e trânsito, sobretudo atropelamentos; 3,0%, por agressões e 0,8% por lesões autoprovocadas. Desse conjunto, 63,2% causaram fraturas; 19,7%, lesões traumáticas; 6,3%, ferimentos; 3,5%, luxações; e 3,1%, amputações. Numa classificação por sexo, mais mulheres (50.013) utilizaram os serviços de saúde pelos motivos em pauta, do que os homens (42.783). O custo médio das internações hospitalares de idosos por causas relacionadas a acidentes e violências em 2000 foi de R\$ 706,04 e o tempo médio de internação era de 6,7 dias. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE / MS, 2000). Os dados configuram o custo financeiro que as violências trazem, além do custo emocional para o idoso como para seu cuidador/família.

As capitais brasileiras que tiveram as mais elevadas taxas de mortes violentas de idosos no ano 2000, foram Porto Velho com 272,29 por cem mil habitantes; Boa Vista, 194,58 por cem mil; Cuiabá, 138,69 por cem mil. E as menos violentas, no mesmo ano, ficaram João Pessoa, com 65,75 mortes por cem mil habitantes; Belém, com 72,02 por cem mil; Porto Alegre, com 81,60 por cem mil e Curitiba, com 95,05 por cem mil. Os números demonstram uma taxa alta de mortes por estes motivos evitáveis e preveníveis também nesta faixa etária.

No Mapa da Violência 2015- Homicídio de Mulheres no Brasil, apresenta

que a violência física é a mais frequente em todas as fases de vida da mulher, com 48,7% dos casos atendidos no SUS, seguido por violência psicológica com 23% dos casos e da violência sexual com 11,9%. (WASELFISZ, 2015 b, p.50),

Em relação ao Ciclo do Adolescente de 10 a 19 anos, as porcentagens significativas de notificações em quase todas as manifestações da violência doméstica, apresentadas no Quadro 1, podem estar indicando o quanto este ciclo de vida tem estado susceptível a este fenômeno social. Há de se ressaltar que em dois anos de diferença entre os dados, tivemos uma diminuição das notificações em serviços de saúde, da violência doméstica contra adolescentes em todas as formas de manifestação. Em relação ao provável agressor, os dados nos revelam a alteração dos possíveis agressores contra adolescentes nestes dois anos de diferença entre os dados. No primeiro quadro são os desconhecidos os possíveis agressores que mais se evidenciam e dois anos depois são os conhecidos e pais que se configuram como agressores. Estes dados refletem novamente a família como espaço de agressão e não de proteção.

Já no ciclo de vida infantil que corresponde a idade de 0 a 9 anos, o quadro 1 demonstra o quanto este ciclo é acometido pelas variadas violências e mais de uma ao mesmo tempo. Na pesquisa do Mapa da Violência 2015: crianças e adolescentes (considerada neste estudo de 1 a 19 anos), traz a causa externa com uma taxa de óbito de 34,1 por cem mil habitantes, sendo um total de 29% das mortes causadas por violências nesta faixa etária (WASELFISZ, 2015a, p. 14 e 15). Ainda nesta pesquisa o autor traz uma evolução das mortes de adolescentes por homicídios da faixa etária entre 16 e 17 anos. Demonstra que,

em 1980, as mortes eram causadas por acidentes de transporte, que ceifavam a vida de 12,7% do total. Os suicídios representavam 3% e os homicídios 9,7%. Entre 1980 e 2013, a participação cresceu: nos acidentes de transporte, de 12,7% para 13,9%, aumento de 9,7%; nos suicídios, de 3% para 3,5%, aumento de 15,4%; já a participação dos homicídios no total de óbitos pula de 9,7% para 46%, crescimento de 372,9%. Os homicídios, no caso de jovens de 16 e 17 anos de idade, representam, nos dias de hoje, quase a metade da mortalidade nessa faixa e, pelo que é possível observar a partir da sequência histórica, a tendência é aumentar mais ainda no futuro. (WASELFISZ, 2015a, p. 18)

Em período de aumento da expectativa de vida, o país tem uma faixa etária com uma porcentagem expressiva que não consegue passar para o próximo ciclo de

vida, demonstrando o quanto é necessário estar investindo na prevenção de mortes por violência que vem dizimando o futuro desta geração, bem como na prevenção dos seus agravos, que deixam consequências podendo ser para a vida toda.

A seguir, focaremos a análise para o Paraná, estado no qual vai se configurando a pesquisa, verificando como esta temática vem se organizando em seu perfil.

2.3.1 Dados Epidemiológicos da Violência Doméstica no Paraná

O estado do Paraná possui 10.439.601 habitantes, com 399 municípios, sendo que 8.906.442 encontram-se na zona urbana e 1.533.159 na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) do Paraná é o pior da Região Sul do país, com o número de 0,82044, mas considerado como mediano, encontrando-se em sexto lugar entre os demais entes da federação. Pelo olhar econômico, o estado é um dos mais ricos do país, com o quinto PIB, representando 179.270.000 bilhões de reais, mas esta riqueza não foi acompanhada de políticas públicas estruturais e da devida distribuição de renda, visto os altos índices de desemprego e criminalidade (WAISELFISZ, 2011) em diversos municípios.

Os dados do Paraná relacionado às causas externas estão entre as principais razões de internamento e de mortalidade no estado. Configuram-se na terceira causa de morte da população, mas é a primeira causa na faixa etária de 01 a 49 anos, sendo a segunda causa de morte nos homens e a quinta nas mulheres. Em relação à população por ciclo de vida, o homem jovem é a principal vítima fatal e grande responsável pelas internações, com ênfase nas agressões e nos acidentes de trânsito. As mulheres, adolescentes e jovens são as principais vítimas da violência doméstica e sexual.

Em relação à mortalidade em geral no estado, a principal causa são as doenças do aparelho cardiorespiratório tanto em homens (26,8%) como em mulheres (32,8%) (PARANÁ, 2014 p.16). A causa externa é a segunda principal causa de morte geral no estado, sobressaindo-se na primeira causa dos homens jovens (20%) enquanto as mulheres esta causa está em quinto lugar (6,2%). Destacamos ainda, que em 2011, as causas externas foram a 3ª em gastos financeiros com internações hospitalares, gerando um custo para o sistema de saúde altíssimo, sendo que é uma causa que se tem prevenção.

As internações por causas externas na série história de 2008 a 2010, pelas divisões das Regionais de Saúde do estado, as que mais tiveram internações foram a 2ª Regional de Curitiba e região metropolitana, seguida da 15ª que é a de Maringá, 17ª de Londrina e a 10ª de Cascavel. (PARANÁ, 2014).

O Paraná tem se caracterizado como o estado mais violento da região sul, em relação à taxa de homicídios nos adolescentes de 16 e 17 anos que no Mapa da Violência 2015- Adolescentes (WAISELFISZ, 2015a) é de 42,6 por 100 mil habitantes. A maior taxa do país fica com o estado de Alagoas com 147 homicídios de adolescentes por 100 mil habitantes. Em relação aos jovens, o Paraná está na primeira colocação no Brasil, com uma taxa de homicídio de jovens brancos de 61,1 por 100 mil habitantes.

Por outro lado, o Mapa acima citado, também demonstra que o estado do Paraná em 2003 ocupava a 7ª posição no ranking nacional de homicídios nesta faixa etária e em 2013 teve um decréscimo indo para a posição 17ª, percebendo uma evolução positiva neste fator de violência (WAISELFISZ, 2015, p.48).

No Mapa da Violência contra a Mulher-2015, o Paraná tem uma taxa de mortalidade de 4,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2003 e subindo para 5,2 por 100 mil habitantes em 2013, ocupando a 19ª posição no ranking nacional destes dados, enquanto sua capital ocupa 18ª posição entre as capitais do país (WAISELFISZ, 2015b, p.14,15 e 22). Este Mapa demonstra ainda, que mesmo depois da Lei Maria da Penha em 2006, 22 estados da federação tiveram crescimento da taxa de mortalidade em mulheres, entre eles o estado do Paraná. Traz ainda um dado semelhante a taxa de homicídio, que o estado do Paraná é o que tem a segunda taxa de homicídio em mulheres brancas do país, de 5,6 por 100 mil habitantes.

Em relação à violência doméstica especificamente, o Paraná começou a notificar as violências somente em 2009, quando em seguida ocorreu a publicação da portaria do Ministério da Saúde, de nº104 MS/GM de 25 de janeiro de 2011, tornando obrigatórias as notificações em todos os estabelecimentos de saúde do país. Assim, o estado que estava em sétimo lugar no país em número de notificações em 2011 com 5.526 casos notificados, vai para quarto lugar em 2012, com 12.880 casos notificados, um crescimento notável de 133%. Notável no sentido de ver a violência doméstica sair do anonimato e aparecer nos dados dos sistemas, para gerar políticas públicas. As notificações em 2012 ocorreram em 283 dos 399 municípios do estado (PARANÁ, 2014, p.28).

O perfil das notificações de violências domésticas no banco de dados do SINAN/PR nos anos de 2010 a 2012 compila que 69% das violências ocorridas são do sexo feminino, sendo a faixa etária mais notificada entre 20 a 29 anos. Os dados publicados pela SESA ficam evidentes que a violência ocorre mais nas mulheres desde os 10 até 59 anos e nos homens na fase da infância e adolescência. Com os dados organizados por ciclo de vida, o SINAN/PR 2010-2012, demonstram que a criança é o ciclo mais vulnerável à violência doméstica e sexual, tanto feminino como masculino, seguido das mulheres de 25 a 39 anos com 29,63% dos casos notificados, depois os adolescentes de ambos os sexos, de 12 a 17 anos com 24,74% (PARANÁ, 2014, p. 31 e 51).

A violência mais notificada em geral, entre crianças e adolescentes, nos anos acima relatados, é a negligência/abandono com 33,51%, seguido da violência física com 26,42% e a violência sexual com 17,69%. Em relação a esta última, o tipo de violência sexual que predomina é o estupro, que chegou em 2012 ao percentual de 61,85% do total das notificações de violência sexual de ambos os sexos, não demonstrando diminuição ao longo dos anos avaliados nesta pesquisa da SESA. O local de ocorrência das violências, também é majoritariamente a residência, com 68,37% dos casos notificados, seguida pela via pública com 14,91%.

O provável agressor em relação às crianças em 46,07% dos casos é a mãe, seguido de 29,75% o pai. Nos adolescentes, também é a mãe, com 27,82% dos casos, seguido do pai com 20,67% e desconhecido com 13,60%. Na violência sexual diferenciam-se os agressores, para 21,83% outros vínculos, 20,72% são amigos, 17,05% desconhecidos e 12,99% é o pai, 10,52% padrasto (PARANÁ, 2014, p.60).

Configuram-se alguns caminhos para a análise, em que temos a residência como o maior local que ocorrem as agressões à crianças e adolescentes, violências de negligência/abandono, física e sexual, sendo pai e mãe os maiores responsáveis pelas primeiras violências acima citadas e outros vínculos pela violência sexual. O local e as pessoas que deveriam configurar na proteção é o que mais tem agredido as crianças e adolescentes. Direcionar o olhar do planejamento de gestores de políticas públicas para a prevenção destas situações, principalmente, e atenção para as famílias que não estão conseguindo exercer sua função enquanto instituição de formação da sociedade (PARANÁ, 2014, p. 53, 56 e 60).

Quanto ao tipo de manifestação/natureza da violência doméstica notificada, a

física é a que mais teve casos notificados em relação a mulher, com 60% entre 2010 e 2012, no SINAN/PR, seguida da violência moral/psicológica com 34,4% e a sexual com 20,9%. Subdividindo a violência sexual, 58% são casos de estupro, sendo a faixa etária de 10 a 19 anos a mais propensa a esta violência e o atentado violento ao pudor com 14%. Da mesma forma que ocorre no Brasil, no estado do Paraná 30,94% dos casos de violência doméstica, sexual e outras, contra a mulher, o agressor é o cônjuge em 13,4% dos casos. Como também, 70,48% dos casos de violência doméstica contra mulher, ocorrem na residência desta, seguido de 17,87% nas vias públicas.

Ainda os dados nos trazem que em 46,97% dos casos notificados entre 2010 e 2012 no estado de violência contra a mulher, são reincidentes e 22,84% para o sexo masculino (PARANÁ, 2014, p.42,43), são casos que já passaram por algum serviço de atendimento, por isto, notificados, mas continuaram no ciclo da violência.

Outro ciclo de vida, os idosos, se constitui em 12,9% da população no estado do Paraná, sendo 55,5% mulheres, em 2010 (PARANÁ, 2014, p.65). Pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em 2011, as causas externas são a 7ª causa de morte para os homens e 8ª para as mulheres deste grupo etário. Entre as causas 38% do total de declarações de óbito de pessoas com 60 ou mais anos, são por quedas, seguida por 33,7% de acidentes de transportes.

Nas informações de internações hospitalares (SIH-SUS), de 2008 a 2012, 16,3% dos casos correspondem à pessoas idosas. No sistema que estamos pesquisando, o SINAN, foram notificados entre 2010 a 2012, no total 21.599 notificações, sendo 903 ou 4,19% relacionadas à pessoa nesta faixa etária. Dividido em 39,9% de idosos e 60,1% de idosas, sendo a faixa etária mais atingida a de 60 a 69 anos (49,9%), seguida de 70 a 79 anos (32,1%) (PARANÁ, 2014, p.69 e 70).

O Quadro 2 demonstra um comparativo da violência doméstica contra o idoso, entre o Brasil e o Paraná, refletindo as mesmas formas de violências ao nível macro como no micro (estado), pelas notificações realizadas pelo Disque 100, no ano de 2012.

Quadro 2 – Comparativo das Informações do Disque 100 sobre violência contra idosos no Brasil e no Paraná, 2012

BRASIL	PARANÁ
Perfil da vítima	Perfil da vítima
64% são mulheres	62% são mulheres
18,06% estão entre 76-80 anos	18% estão entre 76-80 anos
16,05% estão entre 66-70 anos	16% estão entre 66-70 anos
14,64% estão entre 61-65 anos	17% estão entre 61-65 anos
Perfil do agressor	Perfil do agressor
42,88% são homens	46,5% são homens
41,82% são mulheres	40,4% são mulheres
11,20% 36-40 anos	A maioria tem entre 36 e 50 anos
10,80% 25-30 anos	48% filho(a)
30,31% não informada a idade	8% desconhecido
50,28% filho(a) é o agressor	7% genro/nora
Local	Local
73% casa da vítima	70,65% casa da vítima
Tipo de violência	Tipo de violência
1º negligência	1º negligência
2º violência psicológica	2º violência psicológica
3º abuso financeiro	3º abuso financeiro
4º violência física	4º violência física

Fonte: Disque 100 (PARANÁ, 2014, p.72)

Neste quadro 2 podemos verificar que tanto no Brasil como no estado do Paraná a violência notificada tem um perfil muito parecido, com poucas diferenças. A maior vítima é a mulher idosa, tendo seu agressor os filhos na maioria das vezes, tanto do sexo masculino como feminino. O local de ocorrência da violência predomina a casa da vítima, e a violência por negligência é que mais ocorre, seguida da psicológica, financeira e física. Este quadro mostra mais uma vez, comparando aos outros ciclos de vida, que a família deveria ser o lugar de proteção, está sendo um lugar de agressão aos seus membros fragilizados.

Estes dados acima apresentados no Quadro 2 sobre violência no Brasil e Paraná, não representam a realidade sobre a violência doméstica e suas variadas manifestações, por ainda serem dados subnotificados. Nos permite termos uma ideia de como o país e o estado do Paraná têm se configurado violento e necessariamente

passível de políticas de intervenção tanto pelo viés da prevenção como da atenção, de forma intersetorial e interprofissional, para que sejam mais resolutivas e duradouras. Nos permite articular órgãos de defesa e de atenção, bem como experiências bem sucedidas de outras partes do país, para estarmos reproduzindo estas, em nossas realidades, guardando-se as devidas adequações por regionalidades.

Para tanto, é necessário continuarmos sensibilizando profissionais das mais diversas redes de atenção, nas variadas políticas setoriais, para utilizarem os sistemas de notificações da violência, para que se chegue cada vez mais perto da realidade deste fenômeno social e sua forma de manifestação na população. Por outro lado, é necessário que profissionais e gestores tenham o conhecimento do ciclo de vida mais vulnerável à violência, por tipo e manifestação, apontando os fatores de risco à violência, possibilitando melhor efetividade na elaboração execução de políticas públicas de prevenção e proteção à violência.

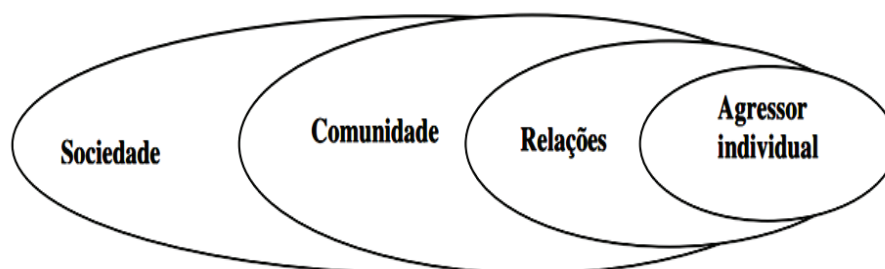
2.4 FATORES DE RISCO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR CICLO DE VIDA

A violência é um fator que esteve e está presente ao longo da história da humanidade, com mais ou menos intensidade, mas consideramos como parte evitável da condição humana. Os seres humanos aprendem a conviver com o meio em que estão inseridos, como o das relações estabelecidas por violência, da mesma forma que podem reaprender a viver de forma diferenciada, sem a violência nas relações. Os fatores que estimulam as respostas violentas podem ser alterados. Para isto, é necessário conhecer os fatores de risco que incentivam as violências, em cada ciclo de vida para poder intervir e reescrever as histórias para a não violência.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a violência ocorre em diversos níveis, sendo “resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais” (OMS, 2002, p.12). Este Relatório utiliza o modelo ecológico, baseado em Urie Bronfenbrenner, 1996, utilizado por Krug (2002) nos estudos sobre violência e saúde, para entender a violência, pois explora a relação entre os fatores individuais e de contexto sobre o resultado do comportamento de violência. Esta proposta enfatiza “as múltiplas causas e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e no contexto social, cultural e econômico, mostrando que violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida” (DAHLBERG E KRUG, 2007, p.1173). Este olhar está representado conforme a

figura 2.

Figura 2 - Modelo ecológico de fatores associados de violência infligida pelo parceiro



Fonte: OMS, 2002, p.13

No nível individual o que se considera são as características biológicas e comportamentais da pessoa que aumentam a possibilidade de ser vítima ou perpetrador da violência. No nível das relações sociais, consideram a obrigatoriedade da pessoa a conviver com repetidos abusos na relação contínua. Outro nível deste modelo ecológico, analisa os contextos comunitários em que as relações são embutidas, como escolas, locais de trabalho e vizinhanças. Vai em busca de identificar características nestes cenários que estão associados a perpetuação da violência, levando a pessoa a ser vítima ou agressor. Coloca que neste nível, a violência tem maiores chances de ocorrer em “contextos de pobreza ou com deterioração física, ou onde há pouco apoio institucional” (OMS, 2002, p.13). No nível social tem um olhar mais amplo, incluindo fatores que estimulam um clima mais favorável a violência, como normas culturais, as políticas sociais e econômicas que aumentam ou mantem as desigualdades sociais e econômicas nos grupos da sociedade.

Os fatores de risco são estabelecidos por pesquisadores, não como algo estaque e engessado, mas como norteadores para políticas de enfrentamento, prevenção e proteção à violência. As autoras Assis e Avanci (2013) colocam que mais recentemente a abordagem da prevenção aos problemas e da promoção da saúde vem chamando mais atenção dos estudiosos e profissionais da saúde para a necessidade de

fortalecer os fatores de proteção dos indivíduos, das famílias, de instituições e da sociedade como um todo, em detrimento dos fatores de risco. O olhar para a promoção de saúde sendo utilizado para a área da prevenção e enfrentamento da violência, pois esta é uma área que tradicionalmente acredita na capacidade de reabilitação e recuperação, muito mais do que outras áreas como a justiça e segurança pública, que se voltam mais para a repressão e controle da violência.

Conhecer os fatores de risco à violência por faixa etária, ou ciclo de vida, nos permite clarificar as possíveis situações que alimentam a violência doméstica a perpetuar-se na vida de indivíduos e de comunidades, que é o que se propõe esta pesquisa, iluminando caminhos para desenvolvimento de fatores de promoção, proteção e prevenção.

2.4.1 Fatores de risco à violência contra crianças e adolescentes

A violência neste ciclo de vida está vinculada mais aos pais e responsáveis, sendo as agressões físicas fatais e não-fatais as mais frequentes, como a pesquisa publicada no Boletim Epidemiológico 2013 do Ministério da Saúde coloca que em 43,1% das notificações de violência no Brasil, no SINAN, contra crianças e adolescentes, são por negligência, seguidas por 33,3% por violência física.

Uma das características que aumentam os riscos em relação à criança, que envolve abuso físico, sexual ou por negligência, é a baixa idade, menos de 2 anos de idade e pelo sexo (meninas correm mais riscos ao infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada que meninos). O abuso sexual em meninas pode ser de 1,5 a 3 vezes superiores à de meninos, como também na entrada da adolescência. Outro fator de risco é a criança ser prematura, gêmeas e portadora de deficiências físicas ou mentais, talvez pelos pais e familiares terem mais dificuldades de formarem vínculos com estes (KRUG, et al., 2002).

Olhando para a estrutura e os recursos familiares, os fatores de risco são pais/mães de pouca idade, solteiros, pobres, desempregados, o autor da agressão com nível educacional menor ao de seu parceiro, aumenta mais o risco de usar violência contra os filhos. Em relação ao ambiente familiar, tem mais risco os instáveis, com número elevado de crianças (mais de 4), pais com baixa estima, problemas de saúde mental, dificuldade de lidar com o estresse, comportamento irritadiço, perturbações em

relação as atitudes de seus filhos, menos dedicados, afetuosos, compreensivos e brincalhões, mas são muito controladores, bravos. Outro fator de risco, são pais com histórico de violência na família, cônjuge que sofre violência do parceiro, abuso de substância psicoativas, isolamento social por perda de renda, problemas de saúde e outros aspectos, que podem estar aumentar os riscos à violência contra crianças e adolescentes, diminuindo a capacidade de lidar com conflitos e busca de apoio (KRUG et al., 2002).

Em relação aos fatores de risco comunitários que aumentam as possibilidades de violência contra crianças e adolescentes, são comunidades com altos níveis de desemprego e concentração de pobreza, afetando as relações parentais, tendendo a apresentarem infraestruturas físicas e sociais deterioradas, com menos recursos e alternativas para os moradores buscarem apoio social.

Nos fatores culturais e sociais, aumentam os riscos as normas em relação aos papéis do casal, da relação pais e filhos, mas também as políticas públicas de proteção à infância e à família em suas fragilidades e morosidade de funcionamento (KRUG et al., 2002).

2.4.2 Fatores de risco para a violência juvenil

Os fatores que influenciam para o comportamento violento dos jovens são divididos em características biológicas, psicológicas e comportamentais, que segundo Krug; et al. (2002) aparecem ainda na infância ou início da adolescência, podendo ser influenciados por pessoas da família e colegas e até fatores sociais e culturais, para se intensificarem conforme a progressão da idade.

Entre os fatores biológicos os autores colocam que alguns estudos sugestionaram que lesões e complicações no parto, podem causar danos neurológicos, e consequentemente levar à violência. Outros estudos levantam esta possibilidade quando os pais tinham histórico de doença mental, com 32% dos meninos nestas complicações, foram presos por violência. Mas Krug; et al. (2002, p.32) acreditam que estas complicações na gravidez e parto podem prognosticar violência na vida dos jovens, quando associados com outros problemas dentro da família.

Em relação aos fatores psicológicos e comportamentais, consideram que a hiperatividade, impulsividade, problemas de atenção antes dos 13 anos, baixo

desenvolvimento educacional, nervosismo e ansiedade, fatores fortes ao estímulo à violência. Os autores colocam como fator de risco à violência a ligação entre o QI baixo e condições socioeconômicas baixas (KRUG; et all., 2002, p.33).

Em relação ao fator de relacionamento, a influência da família geralmente afeta mais na infância e amigos e colegas durante a adolescência. Em relação à família, contribuem com a violência o pouco monitoramento e supervisão sobre o que os filhos, a agressão e disciplina muito severas na idade de 10 anos. Esta última, segundo a pesquisa apresentada pelos autores e realizada por Eron, Huesmann e Zelli, em um acompanhamento de 900 crianças em Nova York, prognosticava não apenas prisões por violência até os 30 anos de idade, mas reprodução da punição em suas próprias crianças e esposa. Outros fatores familiares dizem respeito a conflitos familiares na primeira infância, ligação afetiva deficiente entre pais e filhos, grande número de crianças na família, mãe ter o primeiro filho muito jovem, crescer em lares formados por apenas um dos pais, baixo status socioeconômico da família (KRUG; et all., 2002, p.34).

Ainda no fator de relacionamento, a influência dos colegas é significativa na adolescência, como ter amigos infratores está associado à violência nas pessoas jovens.

Fatores em relação à comunidade, os autores colocam que os meninos que vivem em ambientes urbanos têm mais possibilidades de envolverem-se em comportamentos violentos do que aqueles que vivem em áreas rurais, até porque os primeiros moram em bairros com elevados índices de violência como uso de armas, drogas, tendo maior exposição a este ambiente do que outros. Na comunidade outro fator é o capital social, ou seja, “as regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança existentes nas relações sociais e instituições” (KRUG; et all., 2002, p.36). Quanto mais baixo o capital social, mais descrença resultante da destruição da infraestrutura, do conforto e das oportunidades, aumentando a possibilidade de comportamentos violentos entre os jovens.

Nos fatores sociais, os autores colocam que as “rápidas mudanças demográficas na população jovem, a modernização, a emigração, urbanização e políticas sociais em constantes transformações” (KRUG; et all. 2002, p.37), tem estimulado o aumento da violência entre os jovens. Países que passam por crises econômicas e ajustes estruturais em suas políticas, fazendo com que a população perca direitos trabalhistas, diminuição de atendimentos nos equipamentos básicos e sociais à população, esta ligada ao aumento da violência entre jovens. Ainda neste fator a má

distribuição de renda, a qualidade de governança em um país e na localidade, no sentido de estrutura das políticas de proteção social, aumenta ou diminuem a violência. Como também a influência cultural sobre os jovens, ou seja, as normas e valores que defendemos enquanto sociedade e passamos para nossos jovens através de imagens, posturas propagadas, principalmente pela mídia, estarão influenciando este termômetro da violência juvenil. Mídia aqui colocada tanto como televisão, como internet, vídeos, jogos eletrônicos entre outros, que inculcam a violência como a forma de resolução de conflitos, influenciando os níveis de violência. Culturas que não oferecem alternativas para a resolução de conflitos tem a tendência de aumentarem seus níveis de violência.

2.4.3 Fatores de Risco à Violência Praticada por Parceiros Íntimos

Esta violência se manifesta de forma diferenciada para homens e para mulheres. Para as mulheres as formas mais comuns de manifestação são praticadas por um marido ou parceiro íntimo, estando ela envolvida emocionalmente e muitas vezes dependente economicamente de quem a vitimiza, sofrendo conjuntamente, na maioria dos casos, violência física, psicológica e sexual. Já em relação aos homens é mais provável sofrerem violência de um estranho ou conhecido. (KRUG, et. all., 2002, p. 91).

As autoras Assis e Avanci (2013, p.68) adaptaram o conteúdo do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002) em relação aos fatores de risco a este grupo, em um quadro explicativo, que vale a pena estar colocando, pois clarifica a metodologia dos estudos ecológicos aos fatores de risco à violência praticada por parceiros íntimos.

O primeiro quadro diz respeito a fatores associados ao risco de um homem cometer violência contra a parceira.

Quadro 3 – Fatores de risco de um homem cometer violência contra a parceira

<i>Fatores Individuais</i>	<i>Fatores Relacionais</i>	<i>Fatores Comunitários</i>	<i>Fatores Sociais</i>
Pouca Idade	Conflito no Casamento	Fracas sanções comunitárias à violência doméstica	Normas tradicionais de gênero
Excesso de Bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apóiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social(estabelecimento de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança nas relações sociais e institucionais	
Distúrbio de personalidade (comportamento dependente, anti-social ou agressivo)	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida Familiar precária		
Baixa Renda			
Ter testemunhado ou vivido a violência quando criança			

Fonte: ASSIS; AVANCI 2013, p.68, adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002).

O Quadro 4 aponta outros fatores de risco que entram em cena na violência sexual dos homens contra as mulheres.

Quadro 4 – Fatores de Risco à violência sexual de homens contra mulheres

<i>Fatores Individuais</i>	<i>Fatores Relacionais</i>	<i>Fatores Comunitários</i>	<i>Fatores Sociais</i>
Uso de Álcool e drogas	Colegas sexualmente agressivos e delinquentes	Pobreza(resultando em crise de identidade masculina)	Normas sociais que apóiam a violência sexual
Fantasia de coação sexual e outras atitudes que apóiam a violência sexual	Ambiente Familiar caracterizado pela violência física e poucos recursos	Falta de oportunidade de emprego	Normas sociais que apóiam a superioridade masculina e o direito sexual
Tendências impulsivas e anti-sociais	Forte ambiente familiar ou relacionamento patriarcal	Falta de apoio institucional pela política e pelo sistema judiciário	Leis e políticas fracas relacionadas à violência sexual e à igualdade de gênero
Preferência por sexo impessoal	Ambiente familiar sem apoio emocional	Tolerância em relação à agressão sexual	Altos níveis de crimes e de outras formas de violência

Fonte: ASSIS e AVANCI, 2013, p.68, adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002).

A violência contra a mulher, que se enquadra na violência de gênero, tem um forte respaldo nos fatores sociais, que estão ligados à cultura, normas socialmente aceitas por determinada comunidade, até leis e políticas que não dão conta de causar as mudanças ou prevenir que as violências ocorram. Segundo Zuma, et all. por gênero entendemos

a modelação por meio de atributos culturais associados ao sexo e às suas peculiaridades biológicas.(...) modelos socialmente construídos acerca do que vêm a ser homem e mulher. Esses modelos costumam ser ancorados em hierarquias e desigualdades, estabelecendo relações de poder entre os sexos. Em geral, aos homens são atribuídos papéis que os colocam numa posição superior à das mulheres, são muitas cobranças e pressões (físicas, psicológicas e sociais) para que as mulheres atendam ao poder dos homens, considerado como ‘natural’, facilitando que sejam frequentemente vitimadas pelos homens nas relações interpessoais (2013, p. 150).

Os autores trazem o olhar de que, tanto homens como mulheres sofrem violência de gênero, por ter que responder cobranças socialmente estabelecidas do que é ser homem e ser mulher. O homem pela busca de afirmação de sua masculinidade e por dar respostas às cobranças sociais pode desencadear violências, tornando-se vítima das cobranças sociais. Este tipo de violência de gênero, segundo Gomes; Minayo e Silva (2005) atravessam as questões de classe social, etnia, de filiação a grupos e de relações heteroafetivas ou homoafetivas, pois está vinculada a afirmação de identidades

masculinas e femininas socialmente construídas, dentro de um período histórico cultural.

Para Bandeira (2009) a violência contra mulher é coberta de complexidade conceitual, tendo uma variedade de significados, mas muitas causas. Considera que esta violência é um instrumento de controle sobre os corpos femininos, no qual o homem sente-se possuidor da mulher e com direitos sobre ela, inclusive o direito sobre a vida e morte.

Com este olhar ecológico de estudo, amplia-se as frentes de entendimento de como ocorrem este fenômeno social e os possíveis direcionamento das ações de órgãos públicos e privados que lidam com esta realidade tanto para a atenção, prevenção, proteção e promoção de uma vida saudável por inteiro.

2.4.4 Fatores de Risco à Violência Contra a Pessoa Idosa

Esta faixa etária também chamada de velhice, não é consensual em sua conceituação e cuidado, entre países e culturas, estando fortemente ligada ao grau de desenvolvimento sócio econômico, expectativa de vida e taxas de natalidade da população. Em países mais desenvolvidos socioeconomicamente a taxa de expectativa de vida é mais elevada que países em que se têm condições de sobrevivência apenas. Como o primeiro tipo tem mais idosos, tendo valores culturais em torno da família e o cuidado dos seus em todas as faixas etárias, Já em relação aos países que se enquadram no segundo tipo, tem população mais jovem, por ter baixa expectativa de vida e direitos básicos como educação, saúde e habitação (SOUZA e SOUZA, 2013).

Desta forma, os fatores de risco à violência contra a pessoa idosa ou ao velho também vão variar conforme a cultura, valores que cada comunidade se apropria.

Segundo Boletim Epidemiológico 2013 do Ministério da Saúde, 49% dos casos notificados no SINAN em relação à população idosa, a violência foi praticada pelo filho ou pessoa com vínculo próximo a este. Minayo e Souza (2003) trazem que 90% dos casos de violência contra a pessoa idosa ocorrem no seio da família.

Souza e Souza colocam alguns fatores que expõem os idosos, vulneráveis, à violência doméstica. São eles:

- O agressor e o idoso vivem na mesma casa;
- Há dependência financeira entre o idoso e os demais membros da família;

Há uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar;
A família ou o cuidador tende a se isolar socialmente;
O cuidador ou o idoso sofre de depressão ou qualquer tipo de doença mental ou psiquiátrica;
Há pouca comunicação e os laços afetivos da família ou do cuidador com o idoso são frouxos;
Há histórico prévio de violência na família ou o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso (2013, p.198).

Pela própria condição do envelhecimento o idoso fica mais vulnerável, pois tem sua capacidade funcional mais restrita, como autocuidado, a perda do lugar social principalmente pela aposentadoria. Assim, a dependência de cuidadores aumenta mais, e em muitos casos são familiares que cuidam, podendo gerar violências difíceis de serem identificadas em sua totalidade devido os laços consanguíneos. Segundo estudos relatados por Krug, et all (2002) os idosos de idade mais avançada e os mais debilitados, são os casos que chegam denúncia às autoridades. Outro fator de risco também levantado nestas pesquisas, é a questão de gênero, que a mulher idosa por ter sofrido opressão e desvantagem econômica ao longo de sua vida, acaba continuando a sofrer esta violência. Em relação ao abuso financeiro, pode ocorrer por indignação por parte da família por precisar gastar dinheiro com cuidados da pessoa idosa.

Os fatores de risco em relação a relacionamentos, Krug, et all (2002), não diferenciam muito do que Souza e Souza (2013) relataram. Acrescemos que como um dos “gatilhos” para a violência do cuidador em relação ao idoso, mesmo sendo este demenciado, que quando o idoso pratica atos violentos contra o cuidador, este age reciprocamente. Os autores colocam que a violência também pode ser estimulada pelo fator estresse e depressão de quem dedica-se ao cuidado do idoso.

Ainda nos fatores de relacionamento, identifica moradia com um número elevado de moradores, que não permite privacidade, aumenta as possibilidades de haver conflitos dentro da família e com o idoso.

Os fatores do ambiente comunitário e social, também oferecem riscos à violência contra o idoso. Os idosos residirem em periferias das grandes cidades, em comunidades muito empobrecida e alta exclusão social, oferecem moradias inadequadas agravando seus problemas de saúde e de segurança, aumentando risco à quedas. Além de ter dificuldades de acesso ao transporte coletivo e serviços públicos que podem significar o isolamento ou não da pessoa idosa, aumentando o risco à abusos. Também incluem o crescente empobrecimento da sociedade, altos índices de desemprego, falta

de estabilidade e segurança social como fatores de risco.

Krug et al (2002) coloca ainda que em alguns estudos realizados os fatores que aumentam as possibilidades de risco à violência desta faixa etária em relação aos fatores comunitários e sociais é a discriminação etária, de gênero, normas culturais e de tradições que irão desempenhar um papel preponderante para estimular as violências. Em uma pesquisa apresentada pelos autores acima, colocam que a perda, devido ao processo de modernização, dos papéis domésticos, de rituais e de autoridade tradicionais na família, desempenhados pelos idosos, também se tornou fator de risco à violência doméstica.

Assim, fechamos os fatores de risco por ciclo de vida que devem nortear os programas de proteção e prevenção aos mais vulneráveis à violência doméstica. Neste sentido, apresentamos no item a seguir a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que é uma das estratégias para conhecer, monitorar e enfrentar estas situações relatadas acima.

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E A PRODUÇÃO DO BANCO DE DADOS DO SINAN (CONTÍNUO): NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A descrição das características dos casos de violências e acidentes que aconteciam no Brasil, até recentemente, limitavam-se às informações fornecidas pelos Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial – BO e pesquisas específicas, como os inquéritos.

O reconhecimento por parte do Ministério da Saúde que as violências e os acidentes exercem grande peso social e econômico, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, e que as intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, veio em 2001 com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Esta política tem como diretrizes:

- a) a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; b) a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; c) a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré hospitalar; d) a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências. e) a estruturação e

consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; f) a capacitação de recursos humanos e; g) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001, p.25).

Estas diretrizes foram estabelecidas para execução dos propósitos desta política, para orientar a definição dos instrumentos operacionais que esta seja implementada. Para este estudo a diretriz sobre o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências é que iremos enfatizar. Para esta política a melhoria das informações constitui-se em uma das prioridades para alcançar seus objetivos enquanto política, pois é deste registro contínuo, sistematizado e uniformizado em todo o país que possibilitará o conhecimento, monitoramento e proposição de intervenções em seu objeto de atuação.

Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura da paz foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Para consolidar a implementação de políticas, de combate, prevenção, proteção e atenção às violências e acidentes, o Ministério da Saúde em conjunto com órgão de outras políticas setoriais, da academia e da sociedade civil, organiza a vigilância epidemiológica nesta área, instituindo a Ficha de Notificação/Investigação Individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (anexo 1) cujo objetivo é que os profissionais de saúde e de outros setores que atuam nos serviços de atendimento às pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violências, a compilem, notifiquem dados voltados a esta temática de forma padronizada. Organiza-se o Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), que coleta os dados notificados em todo o país. Este está hierarquicamente organizado na coleta de dados, iniciando pelo município que compila os dados das fichas notificadas pelos equipamentos de atendimento ao público, seja de caráter privado ou público, através da vigilância epidemiológica, alimentando o Sistema. Esta remete cópias das fichas à Regional de Saúde de referência, que faz a checagem nos dados, em seguida a vigilância estadual e depois à Secretaria Nacional de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, finalizando os dados do Brasil.

O Sistema que compila estes dados é denominado de Viva Contínuo - SINAN, que tem como objetivo

descrever o perfil dos atendimentos em unidades de saúde de violências doméstica e sexual e/ou outras violências autoprovocadas; caracterizar o perfil das vítimas e dos

autores(as) de agressão; tipificar as violências; intervir sobre os casos, articulando e integrando a vigilância e a notificação com a Rede de Atenção e Proteção às Vítimas de Violências e suas Famílias, garantindo-se, assim, atenção integral e humanizada, proteção e respeito dos direitos humanos. (FIGUEROA; et al, 2013, p.359).

As notificações de violência doméstica captadas pelo sistema na modalidade de vigilância no âmbito do SUS foram implantadas em 2006, nos serviços sentinela para violências, que são os serviços de atendimento direto às situações de violência doméstica, em 39 municípios. Em 2011 o Ministério da Saúde universalizou a notificação para todos os serviços de saúde do país, através da portaria GM/MS n.104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

Em 2014 a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) publica a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, revogando a Portaria anterior. Esta também vai adequar o Sistema às notificações compulsórias de violência, as questões de gênero e retirar as informações subutilizadas para produção de políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A notificação de violência não é uma denúncia aos órgãos competentes para intervenção na situação, mas um instrumento de vigilância epidemiológica e de garantia de direitos, na medida que aciona a rede de atenção e proteção, como alimenta a produção de políticas públicas voltadas a esta temática, para prevenção, proteção e atenção (FIGUEROA, et al, 2013, p. 361).

As fichas de notificações devem ser preenchidas em qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, conforme descrito anteriormente no conceito de violência. O preenchimento deve ser feito por profissionais que tem o acesso à situação ou informação de violência, da área da saúde e outras, de nível superior ou não, sendo obrigatórias ou compulsórias, nos seguintes casos:

- Crianças e Adolescentes: de acordo com o Art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente – uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes, como o Juizado da Infância e

Juventude e/ou Ministério Público da localidade, e ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;

- Mulher: de acordo com o Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004 e Lei nº 10.778/2003, encaminhar uma cópia a Delegacia da Mulher ou órgão que represente;

- Pessoa Idosa: de acordo com o Art. 19 da Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, encaminhar uma cópia à Delegacia do Idoso ou órgão que represente, como ao Conselho de política do Idoso; (BRASIL, 2015, p. 19 e 20)

Deve-se destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas conseguiu tornar-se uma exigência legal, fruto de lutas contínuas de organizações de defesa nesta área, para que a violência perpetrada contra esses segmentos da população saia do “silêncio e do medo”, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas (vítimas e autores da agressão), localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos.

As notificações também devem ser realizadas para outros segmentos sociais, como a população negra, a população do campo, pessoas com deficiências, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGTB, colocando-os no mesmo nível de interesse a detecção das características da violência que os afeta (BRASIL, 2011).

3 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA ELABORAÇÃO DA PESQUISA

Para aprofundarmos mais sobre a situação da violência doméstica na região da 15ª RS, definimos como objetivo geral: traçar o perfil de vitimização da violência doméstica ocorridas nos municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá, nos anos de 2012 a 2014, através do banco de dados do SINAN. Para alcançá-lo nos dispomos aos objetivos específicos de conhecer brevemente as normativas relacionadas à política de saúde, que possibilitam a organização das notificações de violências, o banco de dados do SINAN e conseqüentemente a produção de políticas públicas de redução deste fenômeno social presente no cotidiano dos brasileiros; delinear o perfil da violência doméstica, das vítimas e dos agressores, que foram notificados no banco de dados do SINAN, nos municípios da 15ª Regional de Saúde Maringá, nos anos de 2012 a 2014; clarificar os fatores de risco à violência doméstica por manifestação: sexual, psicológica/moral, econômica/financeira, física/tortura, negligência/abandono; identificar qual a manifestação de violência doméstica tem maiores possibilidades de reiteração na região.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste trabalho nos propomos a realizar um estudo sobre o perfil de vitimização da violência doméstica, restringindo nosso olhar para um grupo de dados oferecido pelo banco de dados do SINAN, na 15ª Regional de Saúde de Maringá - Pr.

Estudos sobre vitimização no Brasil, de abrangência nacional foram realizados pelo IBGE em 1988 e viabilizados via PNAD. Este tipo de estudos não se limita às estatísticas públicas, mas tem como fonte o próprio vitimado, que possibilita uma maior precisão, aprofundamento do fenômeno social estudado, mitigando o problema da subnotificação dos órgãos públicos. Segundo o Instituto Futuro Brasil, o índice de subnotificação é de 68% em municípios como São Paulo, MacDonald (2002 *apud* Madalozzo e Furtado 2011, p.161), sugere que apenas 39% dos crimes são notificados, podendo ser ainda menor esta porcentagem entre o que a vítima denuncia e o que é efetivamente registrado pelos órgãos.

A chamada “cifra obscura” – quantidade de crimes que não chegam ao conhecimento da Polícia ou órgãos oficiais – não acontece só no Brasil.

A subnotificação (crimes não reportados à polícia) e o sub-registro (crimes reportados mas não registrados) constituem um fenômeno que ocorre em todos os países, variando em grau de intensidade. Muitas vítimas não registram os crimes que sofreram por motivos diversos. A disposição da vítima de informar o crime à polícia depende, entre outros: da natureza e gravidade do delito; da credibilidade da polícia; da confiabilidade no sistema de justiça criminal; do relacionamento com o agressor; do receio de represálias; do valor perdido ou por haver reparação por outras vias (CATÃO, 2008, p.82).

Na área da violência doméstica também ocorre esta subnotificação ou sub-registros, principalmente por estar fortemente vinculada à cultura de uma sociedade que aceita mais ou menos atos como violências ou próprios da vida cotidiana.

As pesquisas de vitimização têm a intenção de amenizar esta lacuna de informações de violência que não chegam às estatísticas públicas. Buscam “extrair do respondente se sofreu ou não algum crime, sob quais circunstâncias, identificando suas características, hábitos e a situação do crime” (CATÃO, 2008, p.82). Estas pesquisas não focam o ato criminoso em si ou o criminoso, como as bases de dados costumeiramente estavam organizadas, mas no reconhecimento da vítima para entendimento do fato ocorrido.

São pesquisas em que os entrevistados são abordados em casa, feitas com base em amostra representativa da população, sendo o entrevistado, uma vítima, ou outra pessoa do domicílio, dependendo da metodologia adotada. Permitem conhecer o perfil das vítimas; informações sobre a experiência das pessoas relacionadas ao crime; a propensão das vítimas em registrar queixa policial; definir os grupos com risco de vitimização; e identificar as atitudes da população em relação aos agentes encarregados da administração da justiça (policiais, promotores, juízes). É preciso deixar claro, entretanto, que as pesquisas de vitimização não substituem os registros oficiais. Estas são complementares e constituem uma alternativa às estatísticas produzidas pelo sistema policial. Aparentemente, seria mais simples e econômico consultar as estatísticas oficiais para conhecer a quantidade de crimes de que a sociedade tem sido vítima. Acontece que, por uma série de motivos, os dados oficiais nem sempre refletem com fidedignidade a situação real da criminalidade, das violências. As estatísticas oficiais estariam corretas se todos os cidadãos vitimizados relatassem os crimes de que foram vítimas às autoridades. Neste sentido, as pesquisas de vitimização foram desenvolvidas, inicialmente, como uma tentativa de estimar a quantidade de crimes sofridos pela população e não comunicados aos órgãos governamentais (CATÃO, 2008).

Neste trabalho aprofundaremos o perfil da violência doméstica e da vítima através do Banco de dados oficial da política de saúde, SINAN, e não através da pesquisa de campo. A opção metodológica justifica-se que este banco tem um olhar voltado para a vítima na coleta dos dados e pelo prazo destinado à pesquisa, não seria possível realizar a parte de campo, como organizado pelas pesquisas de vitimização em geral.

Para elaboração deste trabalho foi utilizada a pesquisa descritiva, que de acordo com Gil (2010), é que possibilita a descrição dos elementos que compõem um universo estabelecido ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Muitos estudos conseguem ser abarcados como pesquisa descritiva, tendo como marca central o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Para acessarmos o Banco de dados do Sistema de Notificação de Agravos em Saúde (SINAN) de 2012 a 2014 (ficha em anexo), referente aos 30 municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde de Maringá (RS), a SESA exige que todos os projetos de pesquisas passem pelo comitê de ética, seja do próprio estado ou da instituição formadora. Neste caso, optamos por passar pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos da UEM (COPEP), sendo liberado pelo Parecer de nº 1.187.178 de 17/08/2015 e em seguida acessamos o banco de dados da 15ª RS de Maringá, selecionando as variáveis a serem analisadas. Nesta etapa, ocorreram alguns entraves, por ser o cadastramento das pesquisas na plataforma Brasil, muito burocrático e mais voltado para pesquisas na área de saúde puramente, sem interface com a área de humanas.

A partir de uma visita à 15ª Regional de Saúde de Maringá no setor de Vigilância Epidemiológica, conhecemos o banco de dados e como este se organiza. Em conjunto com a responsável técnica pelo sistema, definimos os anos de 2012 a 2014 para coleta dos dados. A escolha destes anos fundamenta-se que a partir de 2009 com a Portaria nº104/2011 GM/MS as notificações dos agravos em saúde se tornam obrigatórios a todos os estabelecimentos de saúde e parceiros do país. No Paraná iniciaram as notificações em 2010 e na 15ª RS em 2011, mas sem muito acompanhamento para com os municípios, o que vem a ocorrer somente em 2012, com o cuidado na alimentação deste banco de dados. Neste sentido, iniciamos com 2012 com dados mais fidedignos, até 2014, por não haver dados fechados ainda no ano de 2015, no momento da coleta dos dados. Outro fator que definiu os anos de coleta foi pelas

alterações na ficha de notificação, por parte do Ministério da Saúde e consequentemente no banco de dados, fato que haveriam dados que não seriam possíveis comparações em anos anteriores e outros que foram retirados da ficha em 2015, não seriam passíveis de acompanhamento.

A coleta de dados teve como critério de inclusão dos dados foram: notificações de ocorrências de violência doméstica (pelo conceito do Ministério da Saúde em seu instrutivo), realizadas nos anos de 2012 a 2014, anteriormente justificados, nas manifestações física, sexual, econômica/financeira, psicológica/moral, negligência/abandono, realizadas pelos municípios que se enquadram na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá. Das 2011 notificações que realizadas neste período, 1768 foram casos que ocorreram nos municípios selecionados para o estudo. Optamos por esta região, por ser nossa de atuação profissional, bem como por estar em parceria com outros projetos de pesquisa, desenvolvidos pelo Observatório das Metrópoles – Maringá, em relação à região metropolitana.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do modelo de análise descritiva, com a utilização do software SPSS 2.0 e o ambiente R que produz a descrição do conjunto das variáveis escolhidas. A estatística descritiva segundo Peternelli (s.a.; p.13) “procura somente descrever e avaliar um certo grupo, sem tirar qualquer conclusão ou inferências sobre um grupo maior”. Para apresentação dos dados utilizamos o método gráfico, que é uma figura constituída a partir de uma tabela de dados, possibilitando uma noção rápida das variáveis a serem explanadas.

Para estabelecer o perfil de risco por manifestação da violência e verificar, quais destas, tem maior chance de reincidência, foi empregado o modelo de Regressão Logística Binária. Para o primeiro caso tomamos como variável de saída (dependente) as manifestações da violência doméstica, sendo elas: 1) física; 2) psicológica; 3) sexual; 4) negligência; e 5) financeira. E como preditoras (independentes): a) sexo; b) cor³; c) idade; d) escolaridade; e) situação civil⁴; f) autor do crime alcoolizado g) e sexo do autor do crime. No segundo modelo, utilizamos como dependente a variável de

³ A variável cor foi organizada em dois grupos, da seguinte forma. O Primeiro grupo, de codificação “1” compostos por indivíduos da cor: preta, parda e indígena. E o segundo composto por brancos e amarelos recebendo codificação “0”.

⁴ A variável estado civil foi organizada em dois grupos, da seguinte forma. O Primeiro grupo, de codificação “1” compostos por indivíduos em situação de: solteiro; viúvo; e divorciado. E o segundo representado pelos casados com codificação “0”. As demais variáveis não foram recodificadas sendo utilizadas conforme estão na ficha de Notificação Individual do SINAN – 2012-2014

reincidência e como independentes os tipos de violência citados acima.

Sendo nossas variáveis de saída dicotômicas, não é possível estabelecer relações lineares. Dessa forma, o método logístico contorna tal limitação com uma transformação logarítmica, que mantém a forma do relacionamento linear enquanto a relação em si não o é. Como é possível observar na equação abaixo, $P(Y)$ é a probabilidade da ocorrência de Y , definida por 1 dividido por *Euler* (base dos logaritmos naturais) elevado aos coeficientes da equação, formando uma combinação linear muito próxima a da regressão simples. Desse modo, a equação de regressão logística binária é baseada no princípio de que uma equação de regressão linear múltipla pode ser expressa em termos logaritmos, fato que resolve o problema da quebra de linearidade (BUSSAB & MORETTIN, 2013; FIELD, 2009).

O banco de dados do SINAN é possível de ser analisado por vários caminhos: por município de ocorrência da violência doméstica, pelo município de notificação e por município de residência da vítima. Os dados foram coletados na 15ª RS de Maringá pelo caminho do município de notificação, proporcionando um tipo de leitura dos dados gerais. Esta escolha foi determinada em conjunto com a técnica da 15ª RS, uma vez que se optado por outro caminho, poderia ter um número bem menor de dados a serem coletados. O trabalho de análise estatística descritiva dos dados foi realizado pelo caminho das ocorrências, pensando em possibilitar que os municípios tivessem acesso aos dados da realidade que vem ocorrendo de violência doméstica em seus territórios, estimulando a construção, implementação de políticas públicas regionais e municipais.

Portanto, há uma diferença no quadro geral dos dados sobre violência doméstica nos municípios da 15ª RS de Maringá, quando falamos de dados pela ocorrência e dados pelas notificações.

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO ESTUDADA

Este item tem como objetivo caracterizar brevemente a região da 15ª Regional de Saúde de Maringá, possibilitando uma melhor contextualização e entendimento dos dados da pesquisa.

3.2.1 Aspectos históricos, sócio demográficos e econômicos da região da 15ª Regional de Saúde

No Estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde divide-se em 22 Regionais de Saúde, com a intenção de capilarizar os serviços oferecidos pelo Estado, aos municípios de forma mais efetiva.

A regional estudada neste trabalho é a 15ª Regional de Saúde, que tem seu escritório sede no município de Maringá, composta por 30 municípios do Setentrão Paranaense. Compreende nos municípios de Maringá, como município pólo, Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Munhoz de Melo, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor.

Esta região fica no norte central do estado do Paraná. Foi planejada pela empresa Companhia de Melhoramentos do Norte do Paraná, tem o município de Maringá como a cidade Pólo. Esta teve sua emancipação em 10 de maio de 1947, evoluindo de uma vila e depois, distrito do município de Mandaguari.

A região possui um IDH⁵ de 0,817 segundo PNUD (2000), sendo considerado um índice muito alto. Segundo o IBGE (2013) o PIB per capita/ano desta região é de R\$ 27.607,00. Esta região possui uma taxa de urbanização de 95,05% de sua população, com 716.918 habitantes segundo IBGE (2010) e com uma estimativa 782.456 habitantes (IBGE, 2015).

Ainda segundo o IBGE 2010 o índice de idosos nesta região é de 41,48%, mais alto que do estado com 32,98%, e uma taxa de envelhecimento de 8,34% segundo o PNUD (2010). Esta informação é significativa, pois no banco de dados em análise nesta pesquisa e segundo os estudos realizados, os idosos são um grupo vulnerável à violência doméstica.

Em relação a educação, segundo a Secretaria Estadual de Educação do Paraná (2015), é uma região que tem grande parte de seus alunos no ensino fundamental com

5 IDH- Índice de Desenvolvimento Humano: surge no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e avalia o desenvolvimento não só pelos avanços econômicos, mas também pelas melhorias no bem-estar humano. Avalia expectativa de vida ao nascer, anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade e um padrão de vida decente: PIB (PPC) per capita. Quanto mais perto do 1 coeficiente máximo, melhor é o país, região no seu desenvolvimento humano. Atualmente o país que está liderando o ranking mundial é a Noruega, com um coeficiente de 0,944. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Índice_de_Desenvolvimento_Humano

89.300, caindo consideravelmente no ensino médio com 29.923 alunos e no superior com 34.978 (dados fornecidos pelo MEC/INEP de 2014). Este último há de se considerar que não são alunos específicos da região, mas estão nesta para fins de estudos. Informações estas são importantes para a análise dos dados vindos do SINAN, em que autores como a Minayo, colocam que quanto menos escolaridade, mais chances de sofrer alguns tipos de manifestação da violência doméstica

Quanto à saúde, é uma região que tem 1.772 estabelecimentos de saúde e 2360 leitos hospitalares (Ministério da Saúde/CNES, 2015). Segundo o DATASUS/SESA PR, a taxa geral de mortalidade nesta região é de 5,95 mortes por mil habitantes, mais baixa que a do estado com 6,24 mortes gerais por mil habitantes.

Em termos de saneamento dos 255.258 domicílios recenseados pelo IBGE 2010, 231.568 domicílios possuem acesso a água encanada, 231.497 possuem energia elétrica, 231.622 possui acesso a banheiro/sanitário e segundo a SANEPAR, 193.495 domicílios no estado possuem acesso ao sistema de esgoto.

Em termos de trabalho, a região possui 233.713 empregos, segundo a RAIS/MET, 2014. A área que mais tem se estabelecido é a do turismo voltada para alimentação com 1.306. A população em idade ativa são 627.978 pessoas, a economicamente ativa são 399.330 pessoas e as ocupadas 381.274. Nestes dados percebe-se o déficit que tem na região em número de trabalhos formais.

Um dos setores que produz rendimentos para a região é o agropecuário, voltado para a produção de galináceos com 26.058.916 de cabeças, segundo o IBGE, 2014. Esta é uma das áreas que empregam muitas pessoas na produção primária (direto no cuidado com o animal) como na indústria (os frigoríficos). Na área da agricultura, a produção é de cana-de-açúcar, milho e soja, em sentido decrescente, tem pouco empregado mão de obra, pois grande parte destas produções são mecanizadas. Ainda é muito ressaltado o trabalho no corte de cana, mesmo que em períodos de safra.

A área que mais produz dividendos segundo a Secretaria de Fazenda do Estado do Paraná, 2014, é a de comércio/serviços, depois a indústria, seguida da primária (agropecuária)⁶.

Com uma taxa de urbanização de 95, %, a manutenção das necessidades das

⁶ Os dados levantados sobre a região que compõe a 15ª Regional de Saúde de Maringá, área de coleta dos dados do SINAN, foram extraídos do site http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=923&btOk=ok Acessado em 02/06/2016.

peessoas, famílias, vem exclusivamente de sua inserção no mercado de trabalho ou na informalidade, por não haver manutenção proveniente das plantações domésticas no campo para subsídios próprios. Assim, apesar da região possuir um IDH alto e uma renda per capita alta, temos uma queda de quase 50% de jovens que não entram no ensino médio. Isto pode significar baixa qualificação para o mercado de trabalho e conseqüentemente acesso a empregos com baixa remuneração ou trabalho informal, conseguindo acessar moradias mais populares, em bairros com menos infraestruturas e serviços públicos, podendo gerar um ciclo que afeta a estrutura familiar e as relações interpessoais, chegando à violência doméstica.

Estas são algumas análises realizadas a partir dos dados levantados desta região, que podem subsidiar o estudo dos dados da violência doméstica que iniciaremos no próximo capítulo, nesta área.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA A PARTIR DO BANCO DE DADOS DO SINAN DOS MUNICÍPIOS DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ – 2012 A 2014.

4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ

Iniciamos nossa apresentação e análise de dados sobre a violência doméstica na 15ª Regional de Saúde de Maringá, estabelecendo que a violência doméstica ou interpessoal, como alguns relatórios internacionais a chamam, é um fator de risco para problemas sociais e de saúde que podem permanecer por um longo período ou a vida toda em uma comunidade, família ou indivíduos, implicando no rumo que estes terão em seus futuros. Não como algo transcendental ou místico, mas como fatores concretos que colocam as pessoas, as comunidades e as famílias em risco frente a violência doméstica. Não somente com um olhar negativo da situação, mas como um fenômeno previsível e evitável e de responsabilidade claramente estabelecida aos governos nas três esferas de ações, como também aos órgãos internacionais.

Portanto, nosso estudo tem a intenção de clarear o perfil da vitimização da violência doméstica, em uma região pequena de estudos, para que os órgãos públicos subsidiem suas ações no sentido de prevenir que este fenômeno não aconteça ou tenha sua manifestação diminuída e evitada de forma significativa.

4.1.1 Dados gerais sobre as ocorrências e notificações da violência doméstica nos municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá

A despeito da diferença entre o número de ocorrências e notificações de violência doméstica, estão organizadas conforme o olhar do pesquisador sobre os dados coletados. Se o pesquisador olhar pelas ocorrências notificadas, significa analisar os dados por quantas situações de violência doméstica ocorreram naquele determinado espaço de tempo e de lugar. Se olhar pelas notificações de violência doméstica estará considerando todas as situações que chegaram ao conhecimento ou ao atendimento dos serviços, mas não necessariamente ocorreu em sua região, mesmo que atendida pelo serviço, e notificaram ao banco de dados do SINAN, via setor de vigilância epidemiológica do município.

Os dados gerais nas Tabelas 1 e 2, demonstram as duas possibilidades de análise deste banco e a diferença entre o número de notificação e de ocorrências. Em seguida estaremos analisando pelo ponto de vista dos dados de ocorrências notificadas, para termos claro o que realmente acontece na região estudada.

Tabela 1 – Frequência de ocorrências de violência doméstica por municípios da 15ª RS

Municípios	Freq.	%	Acum%
Ângulo	21	1,2	1,2
Astorga	15	,8	2,0
Atalaia	1	,1	2,1
Doutor Camargo	6	,3	2,4
Floraí	3	,2	2,6
Floresta	12	,7	3,3
Flórida	64	3,6	6,9
Iguaraçu	10	,6	7,5
Itambé	6	,3	7,8
Ivatuba	1	,1	7,9
Lobato	25	1,4	9,3
Mandaguaçu	13	,7	10,0
Mandaguari	57	3,2	13,2
Marialva	67	3,8	17,0
Maringá	1361	77,0	94,0
Munhoz de Melo	6	,3	94,3
Nova Esperança	15	,8	95,2
Ourizona	6	,3	95,5
Paiçandu	67	3,8	99,3
Presidente Castelo Branco	5	,3	99,6
Santa Inês	3	,2	99,8
São Jorge do Ivaí	4	,2	100,0
Total	1768	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

A tabela 1 demonstra os dados de ocorrência de violência doméstica nos municípios da 15ª RS de Maringá, constando 22 municípios apenas, pois quando não há alimentação da informação no banco de dados sobre o município, o sistema não conta com este, portanto, não aparecendo na tabela. Os dados acima nos possibilitam verificar que o município de Maringá teve 1.361 casos notificados de violência doméstica, durante os três anos estudados na pesquisa. Seguindo estão os municípios de Marialva e Paiçandu, que são vizinhos da cidade pólo, mas tendo um baixo número de ocorrências

notificadas, com 67 casos. Os dois municípios são de pequeno porte II, sendo chamados de cidades dormitórios, em que seus moradores vêm para Maringá resolver grande parte de suas vidas de trabalho, comércio e saúde, voltando para seu município apenas para dormir.

Tabela 2 - Frequência por ano da notificação de violência doméstica, segundo município, total de habitantes e proporção de notificações por 1mil hab. nos municípios da 15ª RS de Maringá

Mun Rs Notif	2012	2013	2014	Total	Total hab.	Propor. de notif. por 1.000 hab.
15. Reg. Saúde Maringá	522	723	766	2011		
Ângulo	9	7	5	21	3.000	7,0
Astorga	1	1	1	3	24.698	0,1
Colorado	6	2	26	34	22.345	1,5
Doutor Camargo	0	0	1	1	5.828	0,2
Floraí	1	0	0	1	5.050	0,2
Floresta	3	2	1	6	5.931	1,0
Flórida	17	28	20	65	2.543	25,6
Iguaraçu	2	0	2	4	3.982	1,0
Itaguajé	0	0	6	6	4.568	1,3
Itambé	1	0	0	1	5.979	0,2
Lobato	12	4	8	24	4.401	5,5
Mandaguaçu	1	0	0	1	19.781	0,1
Mandaguari	17	15	18	50	32.658	1,5
Marialva	27	10	22	59	31.959	1,8
Maringá	403	621	615	1639	357.077	4,6
Munhoz de Mello	2	1	0	3	3.672	0,8
Nossa Senhora das Graças	1	10	10	21	3.836	5,5
Nova Esperança	1	2	4	7	27.783	0,3
Ourizona	0	1	0	1	3.380	0,3
Paiçandu	5	4	2	11	35.936	0,3
Paranacity	3	3	7	13	10.250	1,3
Presidente Castelo Branco	1	0	2	3	4.784	0,6
Santa Fé	1	0	0	1	10.432	0,1
Santa Inês	0	2	1	3	1.818	1,7
São Jorge do Ivaí	1	0	0	1	5.517	0,2
Sarandi	7	10	14	31	82.847	0,4
Uniflor	0	0	1	1	2.466	0,4
Atalaia	0	0	0	0	3.913	0,0
Ivatuba	0	0	0	0	3.010	0,0
Total	522	723	766	2011	729.444	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá e IBGE 2010

A tabela 2 nos demonstra a evolução das notificações de violência nos municípios, nestes três anos analisados, totalizando 2011 notificações. De 2012 para 2013 tivemos um crescimento geral de 522 para 723 notificações de violência doméstica, destacando-se os municípios de Maringá, de 403 para 621 notificações e Nossa Senhora das Graças de 1 para 10 notificações. No ano de 2013 para 2014 o crescimento foi menor no geral, vindo no ano anterior com 723 para 766 notificações, destacando-se os municípios de Itaguajé de 0 para 6 notificações, num crescimento de nada menos que 600%. Destacamos as cidades de Dr. Camargo, Iguaçu, Uniflor e Presidente Castelo Branco, que neste último ano analisado, conseguiram sair de nenhuma notificação para pelo menos 1 ou 2, num crescimento de 100 a 200%. Apesar de ainda termos municípios que não realizaram nenhuma notificação na região, o fato de termos um número crescente de notificações, implica que os profissionais e os serviços estão mais alertos a identificar e notificar a violência doméstica, com possibilidades de causar impacto na vida daquele indivíduo, como também na política pública em relação a esta temática.

Pelo dado da proporcionalidade, o município de Flórida é que tem o maior número de notificações, com 25,6 notificações de violência doméstica para cada 1.000 habitantes, seguida de Ângulo com 7,0 notificações por 1.000 habitantes. Levando em consideração a evolução dos anos avaliados, ainda há um baixo número de notificações nos municípios desta região, totalizando apenas 2011 notificações, durante o período estudado. Maringá, município Pólo é o que mais ocorrem violências domésticas, tendo 1.361 ocorrências, conforme a tabela (1) correspondendo a 77% dos casos da região, mas não é o que mais notifica proporcionalmente, com 4,2 notificações por 1.000 habitantes. Está seguida por Marialva e Paiçandu, com 67 ocorrências, correspondendo a 3,8% na Região da 15ª RS.

Por outro lado, comparando com a tabela (1) de notificações, podemos verificar que não foram estes os municípios que realizaram mais notificações. Marialva teve nos três anos de estudo um total de 59 notificações e 67 ocorrências e Paiçandu 11 notificações e 67 ocorrências, demonstrando que a violência doméstica não está sendo vista no próprio município e seus serviços, mas está sendo notificada em outro município e serviço.

É necessário considerar que em relação à violência sexual, estupro, os municípios da Regional de Saúde são referenciados ao HURM, por ser este credenciado

em atender este tipo de situação, no que diz respeito ao tratamento físico. Por outro lado, não isenta o município sede da ocorrência em notificar o caso e não o serviço de referência, segundo o fluxograma da Regional de Saúde.

Em 2011 foi destinado recurso financeiro do Ministério da Saúde através da Portaria 2970 de 14/12/2011 – MS, contemplando inicialmente os municípios de Maringá, Sarandi, Lobato e Marialva com recursos financeiros para implantação do Núcleo de Prevenção à Violência, sendo um de seus objetivos ter capacitações dos profissionais para as notificações de violência doméstica. Pelos dados de 2012, percebe-se o início de uma sistematização, controle e acompanhamento dos dados. Destaca-se Sarandi, que pelo seu porte, há um baixo número de notificações, mesmo tendo incentivo financeiro para desenvolver ações.

Em 2012 os municípios receberam mais um incentivo financeiro do Ministério da Saúde pela portaria Portaria n. 2802 de 06/12/2012 – MS, para implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção e Atenção à Violência, sendo contemplados os municípios de Ângulo, Colorado, Mandaguaçu, Nova Esperança, Mandaguari, Marialva, Maringá e Sarandi.

Este incentivo financeiro também vem para os municípios como uma forma de viabilizar o conhecimento e a prevenção de um fenômeno social que pela PNRMAV é um evento prevenível (Brasil, 2001). É considerado assim por lidar com a cultura de uma sociedade, que na sua maioria, em relação à violência doméstica, considera-a como “algo natural ou como fato que acontece na vida cotidiana, por ser um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir”, (MINAYO, 2013, p.24), sendo reproduzido pelas gerações como uma forma de organização da sociedade. Por isto, apesar dos incentivos governamentais para que se notifique as violências domésticas, estas têm baixa adesão, por talvez ainda ser considerado este fenômeno social como algo natural, cultural, do ‘fórum íntimo’.

A PNRMAV é aprovada a partir da publicação da Portaria MS/GM n.737 de 16 de maio de 2001, com a intenção de orientar o setor da saúde na atuação frente a este fenômeno social, nas três esferas de governo. Este documento, coloca a violência no marco da promoção da saúde, no sentido de ter ações em conjunto com outras políticas públicas para a universalização da cidadania e atuação proativa frente as situações que levam os grupos sociais, principalmente os mais vulneráveis, a sofrerem violências.

Outra questão que traz a política é no sentido de entender este fenômeno da violência doméstica, no caso, diagnosticando-o, notificando-o de forma que possa representar o mais perto da realidade, subsidiando ações específicas que atuem nos fatos que estão ocorrendo na sociedade cotidiana; enfatiza a necessidade de melhorarmos as informações sobre o tema, e minimizarmos a subnotificação.

No município polo da região estudada, Maringá, desde que foi implantado o Núcleo de Prevenção e Atenção à Violência, em 2011, várias foram as formações aos profissionais, não somente da saúde, mas de toda a rede de atendimento da educação, assistência social, parte da segurança pública, secretaria da Mulher, conselhos tutelares, ONGs e outros, na intenção de que todos estes setores notifiquem a violência doméstica e esta seja cada vez menos subnotificada. Minayo, (2013) considera que a baixa notificação ocorre também por ainda estarmos vivenciando o modelo reducionista biomédico de tratar os problemas de saúde, como também pelo baixo conhecimento dos profissionais, da própria negação, da negligência, da falta de preparação destes e das instituições em lidar com esta problemática, que muitas vezes os profissionais são vítimas desta, mas também atores de violência e precisam ter esta consciência. Destaca ainda, que no momento que temos mais conhecimento deste fenômeno, a gestão é obrigada a se planejar e se adequar a mudanças necessárias nos serviços e posturas, para dar respostas mais adequadas à situação. Enfim, defende a necessidade de realizar monitoramento das ações que vão sendo implantadas, no sentido de possibilitarem as respostas dentro da necessidade.

Conforme Santos; Santos; Nascimento (2015), que discute a pesquisa realizada por Herrera & Agoff (2006), sobre a baixa notificação, coloca que as pessoas desistem de buscar auxílio por se sentirem também violentadas pelos profissionais de saúde, mesmo sendo evidentes os sinais da violência. Os profissionais tratam como um atendimento normal, demonstrando o desinteresse e/ou insegurança de lidar com esta temática. Esta situação deveria ser amenizada uma vez que em 2011, através da portaria do Ministério da Saúde n.104, as violências domésticas e sexuais, entre outras, foram incluídas na lista de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória, sendo então:

obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e

8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 2011).

Esta seria uma outra pesquisa relevante a ser realizada, não sendo o foco neste momento, frente ao baixo número de notificações nos municípios que compõem a RS, os motivos que levam a estes resultados. Esta fica para continuação da pesquisa.

Nos dados sobre a proporcionalidade temos 13 municípios com 0,0 notificações por 1.000 habitantes no período dos 3 anos em estudo. A necessidade de melhoria nesta situação é notória e passível de investigação dos motivos da baixa notificação de violência doméstica, uma vez que estes dados é que justificariam a implementação de políticas de promoção, prevenção e atenção à violência doméstica. Minayo e Lima (2013) colocam que os dados notificados são uma estratégia para a produção de política pública, se não os houver ou serem subnotificados, a temática não entra com facilidade nos debates acadêmicos e nem na agenda política.

Estudos realizados em Porto Alegre, que analisam as dificuldades para realização da notificação, Gomes, et all (2002) identificam que os profissionais da saúde se empenham mais quando a violência é direcionada à crianças e adolescentes, em especial o abuso sexual, em relação às vítimas adultas e mulheres. Nestes estudos, os autores observaram também, que os profissionais da enfermagem que atuam nos setores de emergências são os que mais notificam, por desenvolverem vínculo suficiente para saberem as histórias, as causas e as situações de violência.

Outro estudo realizado por Santos; Santos; Nascimento (2015), através de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Lilacs⁷ e Scielo⁸, sobre a violência e serviços de saúde, observaram que em relação a violência intrafamiliar os profissionais da saúde sentem-se com baixa capacidade de lidar com a questão, tendo dificuldade de reconhecimento deste fenômeno social, como importante para a epidemiologia e para o social, refletindo no baixo número de notificações e conhecimento de seus efeitos nos indivíduos, famílias e comunidades.

Temos que levar em consideração que a notificação de violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Um deles é o Estatuto da Criança e Adolescente, Lei nº 8.069/90, que institui a obrigatoriedade da notificação

⁷ Lilacs -Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. É o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 30 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região. <http://lilacs.bvsalud.org>

⁸ Scielo -Scientific Electronic Library Online FAPESP CNPq BIREME/OPAS/OMS FapUnifesp é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos.

nos casos de crianças e adolescentes. A Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso; a Lei Maria da Penha de 2006 coloca a compulsoriedade das notificações de violências contra a mulher, fazendo com que este fenômeno social seja melhor conhecido em todo o território nacional, através das notificações no banco de dados do SINAN (VIVA-Contínuo) e emergências hospitalares (VIVA- Sentinela). É através destes registros que o Ministério da Saúde e outros, estabelecem estratégias para articulação das políticas de saúde em parceria com outras políticas, definindo as prioridades de prevenção e de promoção da saúde, articulando com os diversos integrantes da rede de cuidado (VELOSO, et al.,2013).

4.1.2 Dados do perfil descritivo da vítima e do vitimizador da 15ª Regional de Saúde de Maringá

Neste tópico apresentaremos e analisaremos o perfil da vítima e do vitimizador por manifestação da violência doméstica levantados no banco de Dados do SINAN – 15ª Regional de Saúde de Maringá, durante os anos de 2012 a 2014.

Tabela 3 – Notificações de violência doméstica por sexo

Sexo	f	%	Acum %
Feminino	1239	70,1	70,1
Masculino	529	29,9	100,0
Total	1768	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Em relação ao sexo na 15ª RS prevalece a violência doméstica contra a mulher, com 70% dos casos ocorridos e notificados no Banco de dados do SINAN, nos anos em estudo. Este dado confirma-se comparado aos nacionais trazido pelo Relatório Mundial de Violência e Saúde, da OMS, que no Brasil evidencia-se que as principais vítimas da violência urbana são os homens, jovens, negros e na violência doméstica, são as mulheres em todas as idades (KRUG; et al, 2002).

Segundo a OMS (2005) uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica, que na maior parte das vezes (60%) é perpetrada por parceiros íntimos como marido ou companheiro. No Brasil em 2010, a proporcionalidade das notificações é de 66,1%, dos casos notificados neste ano e 51% da proporcionalidade do

número de mulheres no Brasil, segundo IBGE (2010), de um total de 97.348.809 de mulheres. Segundo WAISELFISZ (2015) nos dados coletados do SINAN em 2014, duas em cada três vítimas de violência eram mulheres e necessitaram de atenção à saúde por violência doméstica, sexual e outras, computando o número de 405 mulheres por dia nos atendimentos em unidade de saúde, por alguma violência sofrida.

No Paraná os dados compilados entre 2010 a 2012, sendo 66,3% mulheres vítimas de violência doméstica, do total de casos notificados neste período (PARANÁ, 2014). Em relação à Regional de Saúde pesquisada, 70% dos casos notificados são de violência contra a mulher, confirmando a concepção da ONU (2006) de que esta é uma violência praticada por motivos de gênero, dirigida contra a mulher. Para este órgão o termo mulher envolve todas as pessoas do sexo feminino, de qualquer idade.

Há de ser ter clareza que estes dados não condizem com a realidade das violências não somente contra a mulher, mas de forma geral, pela questão da subnotificação e também por muitos casos não chegarem às informações dos serviços disponíveis para esta situação, sendo ainda uma violência invisível. Esta realidade é relatada por Marinheiro, et al. (2006), em um outro estudo realizado em prontuários da população moradora de uma mesma localidade, em que os registros de ocorrências de violência nos prontuários foram achados em 3,3% das mulheres atendidas na Unidade de Saúde. Por outro lado, a prevalência encontrada nas entrevistas de campo com mulheres atendidas pela mesma Unidade de Saúde, chegou a 45,3% dos casos. Isso sugere que apenas uma pequena parte das usuárias se identifica ou são identificadas pelo serviço como vivendo em situação de violência. Apenas uma parcela das mulheres reconhece a violência que vive, sendo invisível para muitas delas mesmas. Embora 45,3% tenham relatado ocorrência de violência pelo menos uma vez na vida, apenas a metade (22,3%) reconhece o que lhes ocorreu, como violência.

Saffioti (2002 apud Mafioletti; et al., 2010) destaca que na questão de gênero está envolvida a relação de poder e as diferentes formas de modelar culturalmente os atributos de cada sexo. Gênero “é o sexo socialmente modelado, ou seja, as características tidas como masculinas e femininas são ensinadas desde o berço e tomadas como verdadeiras pela sua repetição cultural” (p.37). A autora coloca que são características socialmente atribuídas e se fundamentam na hierarquia e na desigualdade por sexo.

A violência doméstica que tem uma expressividade maior contra a mulher, caracterizando-se como violência de gênero, é uma relação entre sujeitos que buscam afirmar, mediante a violência, suas identidades masculinas e femininas. Os autores Suarez e Bandera, (1999) colocam que olhando a violência doméstica contra a mulher a partir das relações de gênero, estamos olhando a partir de uma relação de que um domina o outro, de opressividade e crueldade. Relação esta que é estruturalmente construída, reproduzida na cotidianidade das relações em sociedade e subjetivamente assumida pelas mulheres, transversalizando etnias, classes sociais e educacionais e faixas etárias. Os autores Zuma, et all., (2013, p.25) acrescentam a esta visão que, a violência de gênero é uma manifestação de relações de poder historicamente construídas com a desigualdade entre homens e mulheres. Colocam que “não é a diferença sexual em si mesma, mas a representação dessa diferença no âmbito do imaginário e do desempenho social construído para homens e mulheres”. Por isto, a violência de gênero, para estes autores, não acontece somente do homem contra a mulher, mas na relação entre pessoas do mesmo sexo, em que há poder desigual entre si.

No Dicionário da Violência contra a Mulher (2008, s/p) esta expressão violência contra mulher refere-se a “qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, motivada apenas pela sua condição de mulher”. Envolve a violação dos direitos humanos das mulheres, através da força física, psicológica ou intelectual para submetê-la, tirar sua liberdade e impedir a manifestação de seus desejos através de ameaças e agressões.

Conforme Grossi, Almeida e Tavares (2007) este tipo de violência contra a mulher pode ocorrer em nível macro, em termos de estrutura da sociedade, em que a cultura perpetua, alimenta a violência contra a mulher, como no nível micro, nas relações interpessoais que esta desenvolve. Assim, a violência de gênero, que é contra as mulheres, não vai ter distinção de raça, classe social, idade, ou religião, pois o sistema social está organizado culturalmente para a submissão do sexo feminino e é reproduzido no cotidiano. Acrescentando o pensamento dos autores Zuma, et all (2013), além do sexo feminino ter a submissão no sistema social, culturalmente construído, a identidade de gênero feminino, também se encaixa nesta mesma condição, pois são regras que valorizam a diferenciação para os papéis masculino e feminino.

No Brasil uma das formas de combater a naturalização e a invisibilidade da violência doméstica contra a mulher, pressionado por organismos internacionais, movimentos feministas e sociais para que este fenômeno seja discutido como um problema público, aprova a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Esta lei é um marco na política de defesa das mulheres em situação de violência no país. Visa coibir a violação de direitos humanos contra as mulheres, que é a forma como esta lei trata as agressões contra as mulheres. Não importa onde ou como, este ato torna-se um problema do Estado e não mais do fórum íntimo (GRIEBLER; BORGES, 2013).

Tabela 4 – Sobre a raça/cor das vítimas de violência doméstica

Cor da pele	f	%	Acum %
Branca	1183	69,2	69,2
Preta	120	7,0	76,2
Amarela	13	,8	77,0
Parda	394	23,0	100,0
Total	1710	100,0	
Total	1768		

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ªRegional de Saúde de Maringá

Na Região estudada, as notificações de violência doméstica são em maior número vitimizadas a raça branca (69,2%), comparando aos 23% da parda e 7% da preta.

No Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil (WAISELFISZ, 2015 b) as mulheres negras são as maiores vítimas de homicídio, sendo que entre os anos de 2003 a 2013 ocorre uma queda de 9,8% no total de homicídios em relação a mulher branca e no mesmo período há um aumento de 54,2% de homicídios de negras. Desmembrado os dados por Unidade da Federação, os estados do Sul do Brasil têm a taxa de homicídio maior nas mulheres brancas. O estado do Paraná congrega uma taxa de homicídio de 5,6 por 100 mil habitantes para mulheres brancas, contra 3,6 para mulheres negras.

Ainda neste Mapa da Violência, traz o índice de vitimização negra, que é “ a diferença percentual entre as taxas de homicídio de mulheres de ambos os grupos” (WAISELFISZ, 2015 b, p.32). O índice de vitimização negra em 2003 era de 22,9%, ou seja, morriam 22,9% mais mulheres negras do que brancas e em 2013 chegou em

66,7%. Nos estudos realizados por Filho; Mincato; Grazzi (2014), comparando os dados do perfil da mulher vítima de violência doméstica no Brasil, Rio Grande do Sul e Caxias do Sul, com dados coletados não somente do banco do SINAN, mas também da RAIS e IGBE para o ano de 2012, predomina os dados em relação à raça negra e parda nas violências domésticas, diferenciando-se dos dados da região estudada e do próprio estado do Paraná. Dado também confirmado em relação a adolescentes, que no Mapa da Violência relacionado a esta faixa etária (WAISELFISZ, 2015 a) a taxa de homicídio é de 42,6 por 100 mil habitantes. Outro dado sobre o Paraná, a taxa de homicídio de jovens brancos está na primeira colocação do Brasil, de 61,1 por 100 mil habitantes.

Nos dados distribuídos por municípios da região estudada, verificamos que predomina a cor branca nas ocorrências da violência doméstica, com exceção dos municípios de Atalaia, Ivatuba e Santa Inês que tem 100% das ocorrências em pessoas pardas e Ourizona com 66% da cor parda. Nos outros municípios predomina a raça branca.

Poderíamos dizer que por um lado é uma característica de nossa região, do estado do Paraná e região sul do Brasil, uma vez que pelo IBGE 2010, nesta região predomina a cor branca. Um exemplo é a cidade pólo da região estudada, Maringá, que tem 70,84% de sua população da cor branca, 22% da cor parda, 3,66% da amarela e apenas 3,40% da população é considerada negra e 0,11% raça indígena. Por outro lado, também poderíamos levantar o questionamento, que a vítima negra ou parda está conseguindo menos acesso aos serviços que atendem às vítimas de violência doméstica, ficando esta mais restrita ao fórum íntimo. Há necessidade de estudos mais aprofundados sobre a temática, que não se esgota neste dado.

Tabela 4 – Escolaridade das vítimas de violência doméstica

Escolaridade	f	%	% ac.
Analfabeto	37	2,7	2,7
Fundamental	846	61,5	64,2
Médio	418	30,4	94,5
Superior	75	5,5	100,0
Total	1376	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Os dados acima nos demonstram que a violência doméstica na região estudada tem maior ocorrência com pessoas de escolaridade do Ensino Fundamental (47,9%), seguida do Ensino Médio (23,6%). Nos estudos pesquisados, que utilizaram o Banco de dados do SINAN (VIVA Contínuo), não foram encontradas discussões sobre a escolaridade da vítima, nem em relação ao Brasil, nem em relação ao Paraná. Portanto, fomos em busca de outras pesquisas realizadas, que nos trazem luz a importância da escolaridade em relação à violência doméstica, mas estavam relacionando especificamente à mulher, que é a maior vítima.

Os dados da tabela 4 coincidem com os achados de Marinheiro et al. (2006), na pesquisa realizada em um centro de saúde distrital de Ribeirão Preto/SP, com 269 mulheres que procuraram o atendimento clínico ou ginecológico, no ano de 2002. Constataram em sua pesquisa que a escolaridade entre as mulheres que sofreram a violência doméstica era de 96,2% alfabetizadas e 51,9% frequentaram a escola até o ensino fundamental e 19,8% tinham mais instrução. Trazendo o dado de que menos anos de escolaridade podem corresponder a uma maior exposição à violência.

Conforme o estudo de Mascarenhas e colaboradores (2009), realizado em serviços de emergência em municípios selecionados e no Distrito Federal, através do Banco de dados do SINAN (SENTINELA), também confirma este achado da presente pesquisa, em que 41,3% das vítimas atendidas por violência tinham de 5 a 8 anos de estudos (o Ensino Fundamental todo), seguida de 20,4% de 1 a 4 anos de estudos (o Ensino Fundamental I), seguindo a mesma proporção tanto para o sexo feminino como o masculino.

Como o banco de dados utilizado nesta pesquisa não coleta a informação sobre a renda das vítimas para análise da condição socioeconômica, levamos em consideração o que Sachida, Loureiro e Mendonça (2004) defendem, que há evidências de que cada ano de estudo reflete um retorno de 12,9% a 16% na renda. Como também o trabalho de Resende e Wyllie (2006 apud SAMARCOS NETO, 2013, p. 26) são analisados os retornos da educação na renda no Brasil. Utilizando dados da Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPVIBGE), do período de 1996-1997, concluíram que “o retorno da escolaridade na renda fica entre 15,9% e 17,4% para indivíduos do sexo masculino e 12,6% e 13,5% para indivíduos do sexo feminino”. Assim analisamos que quanto mais tempo de estudo, mais possibilidades de se ter uma renda melhor.

Acrescendo com o estudo documental de GADONI-COSTA (2010) realizado com as fichas de atendimento do setor de psicologia da delegacia para a mulher na região metropolitana de Porto Alegre, referente ao período de março de 2006 a dezembro de 2008, realizado com mulheres a partir de 12 anos de idade, com queixa de violência perpetrada por um homem, constatou que 53,7% das mulheres não tinham completado o ensino fundamental. E quanto a ocupação, 43,3% das mulheres entrevistadas tinham empregos no comércio e indústria, possuindo salários padrões para esta função, 32,5% são donas de casa ou não tem profissão, 17,4% trabalhavam em serviços gerais e 6,8% são funcionárias públicas ou professoras. Fundamentada em Debert e Oliveira, (2007, p.321) estudos apontam que “mulheres que desenvolvem atividade profissional remunerada buscam estratégias mais eficazes para enfrentar a situação de violência, além de demonstrar uma atitude mais positiva diante da vida e maior grau de autonomia e auto-estima”.

GADONI-COSTA (2010, p.34,35) acrescenta ainda que os estudos realizados em delegacias da mulher no Brasil apontam que de forma geral os resultados são mulheres de classe popular, baixo nível de instrução, com ensino fundamental incompleto ou completo, com a profissão “do lar”, são as que mais sofrem violência doméstica. A baixa escolaridade apontada como um dos fatores que favorece a violência doméstica. Também afirma, que não significa que “mulheres de classes mais favorecidas e com mais anos de escolaridade também não enfrentem situações de violências. A diferença é que essas mulheres dispõem de outros recursos que possibilitam que a ajuda seja encontrada...” com profissionais de consultórios e escritórios particulares, não chegando ao conhecimento dos sistemas de notificações em geral.

Estes fatores acima relatados podem possibilitar um olhar de que violência doméstica acontece somente com as famílias empobrecidas. Mas não o é, pois este é um fenômeno que permeia toda a sociedade, uma vez que conforme Minayo (2014) a violência é um fato humano e social, no sentido que envolve o desejo de dominar, submeter o outro, de ter o poder, seja de âmbito familiar, da sociedade, ou entre nações, e isto está permeado em todos os níveis sociais. O que devemos considerar claramente são os fatores de risco às violências, no modelo ecológico de pensar, que considera as situações olhando os fatores individuais do agressor e da vítima, as relações, a comunidade e a sociedade.

Consideramos que o que diferencia a violência doméstica nas famílias mais empobrecidas em relação às outras, são condições sociais destas, que as levam a terem maiores dificuldades no acesso do suprimento necessário para sua sobrevivência e no acesso aos serviços de proteção e cuidados, sofrendo mais fortemente o impacto deste fenômeno social em seu cotidiano e tendo mais dificuldades de sair do ciclo de violência, agravado pela questão financeira e baixa escolaridade.

Na região estudada, esta característica não ficou diferente de outros estudos pesquisados, como percebemos acima, em que as vítimas de violência doméstica possuem baixa escolaridade e consequentemente baixa renda, podendo ser um dos fatores preponderantes também para dificultar a ruptura destas com o ciclo da violência.

Tabela 5 - Idade das vítimas de violência doméstica na 15ª Regional de Saúde de Maringá

Idade	f	%	% ac.
0 – 12	193	11,3	11,3
13 – 17	211	12,3	23,6
18 – 29	567	33,1	56,7
30 – 49	506	29,5	86,2
50 ou mais	237	13,8	100,0
Total	1714	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014- 15ª Regional de Saúde de Maringá

Por esta tabela acima, predomina a idade de 18 a 29 anos com 33,10% das ocorrências de violência doméstica na 15ª RS. Seguindo a idade de 30 a 49 anos com 28,6% das ocorrências.

No Relatório Mundial de Violência e Saúde (OMS) o perfil epidemiológico da alta morbimortalidade por violência e acidentes, que são denominadas de causas externas, é a 3ª causa de morte na população geral e a 1ª causa de morte na faixa etária de 1 a 39 anos.

Conforme WAISELFISZ, (2015b) no Brasil até a idade de 59 anos, as notificações femininas superam as masculinas, tendo o auge da taxa de atendimento por violências no SUS aos 14 anos para o sexo feminino, com 27,8, por 10 mil habitantes. Ampliando a idade entre 12 a 34 anos, a taxa de atendimento por violências no SUS é

de 19,1 a 19,2 respectivamente. Para o sexo masculino, também inicia uma elevação da taxa aos 14 anos com 10,6 atendimentos no SUS por violências para 10 mil habitantes, tendo seu auge aos 17 anos com uma taxa de 19,23.

No estado do Paraná os dados estudados do SINAN de 2010 a 2012, a faixa etária que mais sofre violência doméstica são as entre 15 a 19 e 30 a 39 anos, ficam mais ou menos na mesma faixa de notificação do Brasil. A faixa etária de maior notificação é a de 20 a 29 anos (PARANÁ, 2014).

Tabela 6 – Local de ocorrência da violência doméstica da 15ªRS

Local de ocorrência	f	%	Acum %
Habitação coletiva	12	0,7	64,3
Escola	43	2,4	66,8
Local de prática esportiva	9	0,5	67,3
Via pública	373	21,1	90,8
Comércio/Serviços	31	1,8	92,6
Indústrias/ construção	9	0,5	93,1
Outro	85	4,8	97,9
Ignorado	37	2,1	100,0
Total	1767	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Esta tabela demonstra que 63,6% das violências domésticas ocorrem na residência, seguida pela via pública com 21,1% e 2,4% nas escolas e bar ou similar.

A violência doméstica e suas variadas manifestações ocorrem dentro das residências, pois é neste espaço que é culturalmente aceita, conforme colocado por Carrasco (2003) e ainda sem questionamentos, considerando esta organização, local, fora do domínio público, em que os crimes que são ali cometidos não possuem testemunhas e ficam encobertos dentro de quatro paredes no silêncio das vítimas. Minayo (2013) coloca que a violência doméstica esta intrinsecamente ligada com a cultura de uma comunidade, pois se esta a considera normal, como parte do cotidiano da vida, ocorre a perpetuação da violência em suas mais variadas manifestações. Considera ainda, como visto na conceituação de violência doméstica colocada por esta autora, que o foco de análise desta violência são as relações que ocorrem dentro e fora do espaço doméstico entre as pessoas que residem, transformando-se em intolerâncias, que acabam

sendo colocadas como situações da cultura daquele grupo, comunidade, nação, traduzindo-se em usos, costumes, atitudes e atos, não mais questionados socialmente.

O Ministério da Saúde amplia a definição da autora Minayo, colocando que a violência doméstica pode ocorrer dentro e fora do domicílio, com vínculos afetivos e/ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) entre autor(es) e vítima(s). (NJAINE et al., 2009). Confirma que o domicílio é o espaço que mais ocorre a violência doméstica, por ser ainda culturalmente um espaço do privado, que ninguém “mete a colher”, ou de domínio de um indivíduo sobre o outro. No Brasil este domínio está relacionado fortemente do homem sobre a mulher, crianças e idosos. Tanto que na violência doméstica estudada na presente pesquisa, (tabela 17) demonstram que o provável agressor em 75,1% dos casos notificados neste período, são homens.

Confirmando este dado acima, com o estudo de Lima e Silva (2012), com mulheres vítimas de violência atendidas na Delegacia da Mulher de Belém – PA, durante o período de 01 de julho a 31 de dezembro de 2011, com 300 mulheres, em que 40,67% dos casos, o agressor era o cônjuge e 45,33% ex-cônjuge. Como também nos estudos de Gadoni-Costa (2010), realizado no setor de psicologia da Delegacia da Mulher, na região metropolitana de Porto Alegre-RS, em que levantou que 70% dos casos de violência doméstica o agressor era o companheiro da vítima. Segundo a OMS uma em cada seis mulheres no mundo sofre de violência doméstica, sendo que em 60% dos casos, a violência é perpetrada pelo marido ou companheiro da mesma (OMS, 2005).

Segundo Lima e Silva, (2012) o local de ocorrência da violência ser a residência, se justifica pelo fato de ser um local em que as pessoas não vão interferir e o risco de uma mulher ser agredida por seu parceiro dentro do lar é quase nove vezes maior do que o risco de ser violentada nos espaços públicos, além de contar com o medo e a vergonha da mulher, crianças denunciarem. Esta concepção ainda está fortemente disseminada nas práticas da sociedade, que estudos realizados na América Latina estimam que apenas 15% a 25% das situações de violência intrafamiliar são denunciadas (SAGOT, 2007).

A violência doméstica não pode perder o seu caráter público, segundo Saffioti (1999) por ocorrer em sua maioria dentro do domicílio, desmistificando a ideia culturalmente estabelecida que é problema do mundo privado. Quanto mais notificado

estas situações, menos invisibilidade ao fenômeno teremos, principalmente relacionado aos segmentos da população mais vulneráveis à violência doméstica que são as mulheres, as crianças e os idosos. Estes segmentos têm a partir da Constituição Federal de 1988 o tratamento pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, na vida pública e privada. Em relação à mulher têm-se ainda em 1994 a Convenção Interamericana para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), que considera a questão da violência doméstica contra mulher, não mais de fórum íntimo, mas como uma questão de direitos humanos. É neste momento que o país se torna signatário sobre a situação da violência doméstica, sendo esta defendida como uma questão de caráter público e portanto, de responsabilidade do Estado. Aprova-se mais tarde em 2006 a Lei n.11.340/2006, chamada Lei Maria da Penha, conforme colocado acima nesta análise, que alterou o tratamento dado aos crimes de violência contra a mulher, em todas as suas formas de manifestações (sexual, física, psicológica, econômica), deixando de ser um crime de menor potencial ofensivo e tendo medidas protetivas e afastamento do agressor quando a vítima está em situação de risco (GADONI- COSTA, 2010).

Mas a cultura ainda fala muito alto em nossa sociedade, reforçada pela percepção de que a violência é um ato legítimo, por ter tido uma causa provocada pela mulher para acontecer tal fato, pela baixa resolutividade dos serviços ou ausência destes e de respostas sociais positivas para ajudá-las nessas situações. Assim, temos a baixa quantidade de notificações.

Em relação à criança/adolescente e idosos, a Constituição Federal de 1988 também garante que são sujeitos de direito e com necessidades de proteção. Assim se aprova o ECA de 1990 e o Estatuto do Idoso de 2003, que são legislações de proteção a estas faixas etárias mais vulneráveis à violência.

Nas tabelas 7 e 8 compilamos a frequência dos dados em relação ao provável autor e o consumo de álcool em nossa região, para conhecimento da proporcionalidade que estes aparecem, uma vez que estas variáveis estão inseridas dentro dos fatores de risco para cada tipo de violência.

Tabela 7 – Frequência do sexo do provável autor da agressão em relação as manifestações da violência doméstica nos municípios da 15ª RS

Sexo do provável autor da agressão	f	%	% ac.
Mulher	408	24,9	24,9
Homem	1231	75,1	100,0
Total	1639	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Nesta tabela podemos verificar que o sexo predominante do provável agressor é o masculino com 75,1% das ocorrências de violência doméstica notificadas na região e período estudados, considerando de forma geral. Na tabela 14 afirma que ser homem aumenta 6.079 % as possibilidades de cometer uma violência sexual e 107,5% as chances de cometer a violência psicológica (tabela 10).

Enquanto que prováveis autores da violência negligência e abandono têm 65,6 % mais chances de ser do sexo feminino.

Tabela 8 - Frequência da suspeita de uso de álcool do provável autor da agressão das manifestações da violência doméstica em geral nos municípios da 15ª Regional de Saúde de Maringá

Suspeita de uso de álcool pelo agressor	f	%	% ac.
Não	722	57,2	57,2
Sim	541	42,8	100,0
Total	1263	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Na tabela 8 podemos verificar que 42, 8% dos agressores utilizavam álcool na hora de cometer a agressão e 57,2% não tinham ingerido álcool.

A manifestação da violência doméstica física aumenta estatisticamente 89,7% as chances de ocorrer quando o agressor fez uso de álcool e a psicológica/ moral em 46,1% a mais de chances.

Segundo os estudos de Griebler e Borges (2013) realizado em Boletins de Ocorrências, em referentes à Lei Maria da Penha, da Delegacia de Polícia Civil, da região noroeste do Rio Grande do Sul, em 2010, 39,4% dos casos que geraram boletins de ocorrência, o homem estava usando alguma substância, principalmente o álcool. Os

autores colocam que o uso do álcool pelo parceiro do sexo masculino desempenha um papel preponderante no contexto de violência doméstica, pois está presente no cotidiano das desavenças do casal. A violência contra a mulher relacionada ao consumo de álcool não é causada pelo álcool em si, este é um atenuante para o sentimento de posse sobre a mulher por parte do autor, o que constitui um traço patriarcal (SAFFIOTI, 1987). O poder do macho está presente nas classes dominantes e nas subalternas.

No quadro 5 apresentamos um quadro síntese do perfil descritivo da violência doméstica encontrada no Banco de dados em análise.

Quadro 5- Síntese do perfil descritivo da violência doméstica pelo banco de dados do SINAN

Sexo	70,1% feminino	29,9% masculino
Cor	69,2% branca	23% parda
Escolaridade	61,5% ensino fundamental	30,4% ensino médio
Idade	33,1% 18 a 29 anos	29,5% de 30 a 49 anos
Local de Ocorrência	63,7% residência	
Sexo do Provável agressor	75,1% masculino	24,9% feminino
Uso de álcool no momento da agressão	42,8% dos casos	

Fonte: SINAN- 2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

A partir deste perfil descritivo, vamos conhecer a frequência e o perfil de risco às manifestações da violência doméstica e de reincidência para a região estudada.

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE FREQUÊNCIA E PERFIL DE RISCO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR MANIFESTAÇÃO NA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ

Neste tópico apresentaremos e analisaremos os dados de frequência por manifestação da violência doméstica (psicológica/moral, sexual, econômica/financeira, física, negligência/abandono), em conjunto com os fatores de riscos da vítima em relação a cada uma destas manifestações de violência, pela regressão logística, a partir do banco de dados do SINAN, ocorridos na 15ª RS de Maringá – Pr, neste período estudado, não podendo ser ampliado para outros níveis de análise, apenas comparado.

Tabela 9 – Dados de frequência das ocorrências notificadas sobre a violência psicológica/ moral na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá

Violência psicológica/ moral	f	%	% ac.
Não	1078	61,5	61,5
Sim	675	38,5	100,0
Total	1753	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Esta manifestação da violência doméstica está relacionada às questões de gestos, palavras, atitudes, comportamentos que depreciam, humilham, denigrem a imagem do outro. A intenção neste tipo de violência, segundo o Ministério da Saúde (2011) é utilizar a vítima para atender às necessidades psíquicas do agressor e quanto mais atinge a vítima, destrói sua autoestima, identidade ou desenvolvimento desta, mais o agressor se satisfaz. Este tipo de violência abrange não somente as relações familiares, mas é muito comum também nas relações de trabalho, da escola, esportes e outras.

Como podemos evidenciar na tabela 9, na região estudada foram notificadas apenas 678 ocorrências de violência psicológica/moral, sendo manifestada em 38,5% das ocorrências das violências notificadas durante os 3 anos estudados. Esta geralmente está em conjunto com outras violências também, como forma do agressor intimidar e neutralizar a vítima.

Nas violências domésticas o agressor, que na maioria das vezes é o homem, conforme tabela 3, o agressor, utiliza estratégias para exercer o controle sobre sua parceira. Neste sentido, a violência psicológica vem como forma coercitiva de manter o controle, incutindo medo, terror sobre a vítima a fim de mantê-la isolada, economicamente dependente e emocionalmente abalada. O Ministério da Saúde coloca que é toda ação ou omissão que cause danos à auto estima ou ao desenvolvimento da pessoa vitimizada (BRASIL,2011). GADONI-COSTA (2010, p.52) coloca que o conflito entre os parceiros quando chega ao um alto nível de sofrimento e desgaste, acabam também as habilidades efetivas de resolução dos conflitos, podendo gerar a violência física acalorada.

Na tabela 10 verificamos quais os fatores de risco à violência psicológica e moral.

Tabela 10 – Dados sobre o perfil de risco à violência psicológica/ moral

Violência psicológica/ moral	B	Sig.	Exp(B)
Sexo	,925	,000*	2,521
Cor	,145	,353	1,157
Idade	-,074	,408	,928
Escolaridade	-,163	,159	,850
Estado Civil	,545	,001*	1,724
Autor alcoolizado	,379	,014*	1,461
Sexo do autor	,730	,000*	2,075
Constant	-1,630	,001	,196
Cassification table		68,1	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

*p-value<0,05

Como é possível observar na tabela acima, as variáveis que mostram valores significativos foram sexo, estado civil, autor da violência alcoolizado e sexo do autor. Assim, temos que, o fato da vítima ser mulher aumenta em 152,1% e ser casada aumenta 72,4% as chances de sofrerem a violência psicológica ou moral. Não influencia conforme a tabela acima, a questão da idade desta mulher. Nos dados do trabalho realizado pela SESA, no banco de dados do SINAN, o perfil das notificações de 2010 a 2012 são 69% das violências ocorridas são do sexo feminino, sendo a faixa etária mais notificada entre 20 a 29 anos. Os dados publicados pela PARANÁ (2014) ficam evidentes que a violência ocorre mais nas mulheres desde os 10 até os 59 anos. No estudo de nossa pesquisa, a idade não é um fator estatisticamente importante para a manifestação da violência doméstica psicológica e moral, mas sim o sexo ser feminino.

Já no que diz respeito ao autor do ato, é possível afirmar que estando alcoolizado aumenta em 46,1% e sendo do sexo masculino aumentam 107,5% as chances de cometer esse tipo de violência. Este achado em nosso estudo condiz com os estudos de Silva (2006) que o consumo de álcool pelo parceiro uma ou mais vezes por semana apresentou-se como um fator estatisticamente associado à violência doméstica contra a mulher.

Conforme Fonseca, et.all (2009) em um estudo realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil hab. em 2005, dos 7.939 domicílios pesquisados, 33,5% relataram ter histórico de violência doméstica e destes 17,1% os agressores

estavam alcoolizados. As manifestações da violência que mais se evidenciaram foram as discussões (81,8%), escândalos (70,9%) e ameaças de agressão física (39,5%), sendo estas características da violência psicológica/moral, que intimida a vítima, a deixa imobilizada a uma reação ativa frente às ameaças. Ainda segundo Fonseca, et all. (2009) estudos norte americanos apontam que 50 a 70% dos casos de violência entre os casais, há o consumo de bebidas alcóolicas pelo marido antes da agressão. E nos estudos na América Latina, 68% dos agressores tinham consumido álcool antes de agredirem suas mulheres. Na Colombia, Haiti, Peru e outros países, as mulheres que seus parceiros se embriagavam tinham 2,6 a 9,8 vezes maiores probabilidades de sofrer violência se comparadas as mulheres que os parceiros não se embriagavam. No Brasil, um estudo mostrou que os agressores estavam embriagados em 52% dos domicílios com histórico de violência. (NOTO; et all.,2004).

Em Cuba, foram realizadas pesquisas que os moradores da zona rural é que mais manifestavam-se com frequência a violência psicológica de gênero, sendo decorrentes de relações possessivas e com tendência ao controle, ofensas, limitação de direitos, ameaças, sobrecarga de papéis e omissão. Este tipo de violência reforça o comportamento de gênero, em que o homem é o detentor do poder e provedor da família, enquanto a mulher a reprodutora e responsável por cuidar dos outros (GADONI-COSTA, 2010, p.22).

O Ministério da Saúde discute que a violência psicológica/moral é uma das violências mais difíceis de serem identificadas, por acontecer na intimidade das relações, seja do casal, como a tabela 10 elucida, que a mulher casada tem maiores chances de sofrer a violência psicológica, na relação com o marido, aumentando em 72,4% as chances de sofrer este tipo violência se o marido estiver alcoolizado. Esta se caracteriza por humilhações, chantagens, ameaças, discriminação, crítica ao desempenho sexual, privação de liberdade, podendo levar ao isolamento social de parentes, amigos e impedimento de usar o seu próprio recurso financeiro. As consequências podem levar a depressão, adoecimento e até ao suicídio (BRASIL, 2011).

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, relata que 36,3 % dos adultos, no ano realizado a pesquisa, sofreram violência psicológica na infância e agora na vida adulta, continuam a sofrer com seus parceiros, perpetuando esta violência que sofreram na infância.

Outra fonte que nos fortalece neste achado é da Secretaria de Políticas para as Mulheres do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Balanço: uma década de conquistas - ligue 180- Central de Atendimento à Mulher (2015, p.10), nos traz dados de como a violência doméstica tem acontecido em relação à mulher. Esta traz um dado desde sua implantação do ligue 180 em 2005, do total dos 552.748 atendimentos relacionados à violência, a psicológica teve 27,74% das situações atendidas. Só em 2015, um dado bem recente, foram 63.090 relatos de violências contra mulheres e destes 19.182 relatos eram de violência psicológica (30,40%), demonstrando o quanto esta violência tem sido significativa na vida principalmente das mulheres. Esta é uma violência que está implícita também nas outras manifestações, uma vez que para ocorrer os outros tipos, geralmente a psicológica afeta em conjunto. Quando há uma agressão física, sexual, a psicológica vem em conjunto, denegrindo a imagem, a auto estima, o ser mulher, que é um dos fatores de risco para esta violência.

Um estudo realizado por Marinheiro, et all. (2006), em Ribeirão Preto em 2006, das entrevistadas 41,5% sofreram violência psicológica pelo menos uma vez na vida e 44,2% destes episódios tinham acontecido nos últimos 12 meses, anteriores a pesquisa. Ainda nesta pesquisa congrega que os fatores de risco para a violência psicológica são “o uso de drogas pelo parceiro, condição socioeconômica e violência na família” (p.608). Na presente pesquisa os fatores de risco apresentados são ser mulher, casada, independente da idade e o agressor ser homem e estar alcoolizado.

Apesar de ser uma manifestação da violência doméstica, que tem fatores de riscos à mulher casada, o Boletim Epidemiológico 2013, do Ministério da Saúde e o Mapa da Violência 2015- Homicídios contra Mulheres (WAISELFISZ, 2015b), relatam que a manifestação mais notificada no Brasil contra as mulheres é a violência física, e não a psicológica. Poderíamos colocar que talvez seja pela falta de esclarecimento, ou compreensão no momento da notificação, pois a violência física não tem como ocorrer sem cometer a psicológica.

Tabela 11 – Dados sobre a frequência da manifestação de violência doméstica – negligência/abandono

Negligencia/abandono	f	%	% ac.
Não	1631	92,9	92,9
Sim	125	7,1	100,0
Total	1756	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

Outra manifestação da violência doméstica é a negligência/abandono, que é considerada como a “omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima” (BRASIL, 2011). Conforme Minayo (2014, p.39) é “caracterizada pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados”. Ex.: privação de medicamentos; esquivar-se de levar às consultas agendadas para tratamento de saúde/ saúde bucal também, falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene, como a higiene bucal; ausência de proteção contra variações do meio, como o frio e o calor, chuva e sol; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola.

O abandono é uma forma extrema de negligência, pode ser expresso pela segregação física e simbólica da vítima, no sentido de excluir a vítima das conversas, das relações, mesmo estando ela presente. Como também da privação da vida social e familiar, quando por exemplo, a vítima é deixada em instituições e/ou sob cuidado de cuidadores sem relacionar-se com outras pessoas da mesma idade, familiares e outros. Segundo Souza e Souza (2013) a magnitude destas manifestações da violência doméstica não é devidamente conhecida, porque a sociedade, os órgãos de defesa e a própria vítima as naturalizam e não as percebem como violência, não chegando muitas vezes ao conhecimento das instituições. Estas situações se justificam com a baixa notificação na região estudada, sendo apenas 7% do total.

Tabela 12 - Perfil de risco à manifestação da violência doméstica negligência/abandono

	B	Sig.	Exp(B)
Sexo	-,292	,569	,747
Cor	-,774	,171	,461
Idade	,571	,018*	1,771
Escolaridade	-,529	,127	,589
Estado Civil	-1,224	,021*	,294
Autor alcoolizado	-,559	,253	,572
Sexo do autor	-1,077	,020*	,341
Constant	-2,843	,050	,058
Cassification table		96,7	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ª Regional de Saúde de Maringá

***p-value<0,05**

No que tange aos resultados da negligência ou abandono expostos na Tabela 12, verificamos que indivíduos com maiores faixas de idade têm 77,1% mais chances de sofrerem esta violência. Então temos que na faixa etária de 50 anos ou mais tem 385,5% a mais de chances de sofrer esta violência em relação à faixa de 0 a 12 anos, sendo a faixa etária mais vulnerável por envolver as pessoas idosas. Outro fator de risco significativo é a vítima não ser casada, tem 70,6% mais chances de sofrer este tipo de violência em relação às casadas.

Enquanto que autores desse tipo de violência têm 65,9% mais chances de ser do sexo feminino.

Segundo dados do Disque 100, serviço de recebimento de denúncias contra violações de direitos humanos, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2014, houve 27.178 denúncias de abusos contra a pessoa idosa. As mais recorrentes são de negligência, 20.741 denúncias (76,32%), violência psicológica, 14.788 (54,41%), abuso financeiro e econômico, 10.523 (38,72%), violência física, 7.417 (27,29%) e violência sexual, 201 denúncias (0,74%).

Estes dados acima demonstram que os achados na pesquisa estão em conformidade com os dados nacionais, em que a violência por abandono e negligência é a violência mais notificada contra o idoso.

Nos estudos encontrados em relação ao estado do Paraná a violência mais notificada na faixa etária dos idosos é a violência física, seguida da psicológica/moral (PARANÁ, 2014), diferenciando-se dos achados nacional e da região estudada.

Tabela 13 – Frequência das ocorrências de violência doméstica – sexual na 15ª Regional de Saúde de Maringá

Violência Sexual	f	%	% ac.
Não	1436	81,9	81,9
Sim	318	18,1	100,0
Total	1754	100,0	

Fonte: SINAN -2012 a 2014, 15ªRegional de Saúde de Maringá

A tabela 13 apresenta os dados gerais sobre a violência sexual na região, demonstrando que na grande maioria dos municípios não ocorreu a violência sexual, apenas 18,1% notificaram a ocorrência. Destacamos que nos dados desagregados por município, Ivatuba teve 100% das ocorrências na manifestação da violência doméstica, a sexual, seguido de Ourizona com 50%. Destacamos que nos municípios de Atalaia, Dr. Camargo, Floraí, Nova Esperança, Presidente Castelo Branco e Santa Inês, não há registros de ocorrências da manifestação da violência doméstica através da violência sexual.

Esta manifestação da violência doméstica se traduz por qualquer ação na qual uma pessoa valendo-se de sua posição de poder e uso de sua força física ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga uma pessoa de qualquer idade ou sexo, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar sua sexualidade para fins de lucro, vingança ou outra intenção (BRASIL, 2011). Assim também não é uma manifestação de violência doméstica fácil de ser identificada, pois em 63,7% (conforme tabela 6), ocorre nas dependências da residência, no “mundo privado”. Conforme Pinto Junior et al (2012) os autores colocam que a violência sexual tem sua manifestação no espaço privado da residência, por isto ainda é marcada pelo silêncio dos envolvidos.

A necessidade de conhecermos quais os perfis de risco à este tipo de violência, auxilia clarearmos enquanto profissionais, as possíveis vítimas, na intenção de prevenção a situações que podem durar por muito tempo na vida de sujeitos

fragilizados, de uma comunidade, sociedade e aos cofres públicos com os gastos excessivos para o cuidado da violência instalada.

Tabela 14 – Perfil de risco à violência sexual

	B	Sig.	Exp(B)
Sexo	1,909	,000*	6,749
Cor	,390	,126	1,476
Idade	-1,592	,000*	,204
Escolaridade	-,035	,869	,966
Estado Civil	-1,279	,000*	,278
Autor alcoolizado	-,356	,164	,700
Sexo do autor	4,124	,000*	61,797
Constant	-1,764	,066	,171
Cassification table		90,5	

Fonte: SINAN 2012 a 2014 -15ª Regional de Saúde de Maringá

*p-value<0,05

No que tange a violência sexual podemos constatar a partir da Tabela 14 que, o fato da vítima ser do sexo feminino, aumenta em quase 574,9 % as chances de sofrer este tipo de violência em relação ao sexo masculino.

Quanto à idade, temos que quanto menores as faixas de idade, têm 79,6% mais suscetibilidade do indivíduo sofrer violência sexual. Este dado se confirma com os estudos do Boletim Epidemiológico de 2013 (BRASIL, 2013) e o Mapa da Violência 2015 – Homicídios contra mulheres (WASELISZ, 2015b) em que o ciclo de vida mais propenso a este tipo de violência são os adolescentes de 10 a 19 anos com 25% das notificações de ocorrências e o ciclo da vida infantil, na idade de 0 a 9 anos, com 30% das notificações de ocorrências.

Como também os dados organizados por ciclo de vida, do SINAN/PR 2010-2012, que demonstram que a criança é o ciclo mais vulnerável à violência doméstica e sexual, tanto feminino como masculino, seguido das mulheres de 25 a 39 anos com 29,63% dos casos notificados, depois os adolescentes de ambos os sexos, de 12 a 17 anos com 24,74%. Corroboram os estudos de Pinto Junior, et al (2012) que em todas as faixas etárias as meninas e adolescentes estavam expostas a violência sexual, neste caso

doméstica, predominando as faixas dos 3 aos 6 anos e dos 11 aos 13 anos. Assim, confirmando os achados de nossa pesquisa que quanto mais nova a faixa etária mais possibilidade de serem vítimas de violência sexual.

Pinto Junior, et all (2012) explicam que a fragilidade das vítimas nesta faixa mais nova de idade, é que as colocam em maior vulnerabilidade à violência sexual, por ainda não conseguirem entender com clareza que as investidas do agressor são uma forma de violação de seu corpo e de seus direitos.

Outro resultado estatisticamente significativo foi estado civil, sendo que o indivíduo casado tem 72,2% menores chances de sofrer violência sexual em relação a mulher solteira. Como vimos na tabela 8 as mulheres casadas têm mais chances de violência psicológica/ moral do que a sexual.

Segundo o Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência (2014) a violência sexual contra mulheres e meninas pode resultar em gravidez indesejada, abortos inseguros, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmitidas, inclusive HIV. Mulheres que sofreram violência sexual por parte de não parceiros têm probabilidade 2,3 vezes maior de apresentar transtornos causados pelo consumo de álcool; e 2,6 vezes maior de ter depressão ou ansiedade, em comparação a mulheres que não sofreram esse tipo de violência. Por outro lado, meninos e homens adultos, também sofrem violência sexual, embora essa violência ainda seja pouco documentada.

Por fim, quanto ao autor da violência, podemos verificar que o fato de ser homem aumenta de forma bastante considerável, 6.079,7% as chances da prática da violência citada. Estes dados são confirmados quando verificamos os estudos realizados por Pinto Júnior, et all, (2012), em um serviço da Assistência Social, nos anos de 2000 a 2011, sobre o perfil da violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes, com um achado de 98,7% dos agressores eram do sexo masculino, sendo 42% os padrastos.

Estes mesmos autores, colocam que em um estudo de meta-análise realizado para mapear a prevalência mundial da violência sexual, Stoltenborgh, Jzendoorn, Euser e Bakermans-Kranenburg (2011 apud Pinto Junior et all, 2012), encontraram a prevalência global estimada de abuso sexual infantil de 127/1000 hab. nos estudos de auto relato e em estudos baseados em protocolos de denúncia, sistemas, a prevalência foi de 4/1000 abusos sexuais infantis por habitantes. Demonstra o quanto esta violência ocorre nas residências, mas são poucas as que chegam até os serviços de atendimento do usuário, seja da saúde, assistência social ou delegacias.

Outro estudo realizado por Martins e Jorge (2010) em uma cidade do sul do Brasil, com o objetivo de mapear as características do abuso sexual em crianças e adolescentes (0 a 14 anos), levantaram que as vítimas foram 74,2% do sexo feminino, tendo a maior incidência aos 10 anos entre as meninas e 97,3% dos agressores eram do sexo masculino.

As demais variáveis não retornaram valores estatisticamente significativos.

Tabela 15 – Frequência das ocorrências notificadas da violência física na 15ª Regional de Saúde de Maringá

Violência física	f	%	Acum %
Sim	1334	75,7	75,7
Não	429	24,3	100,0
Total	1763	100,0	

Fonte: SINAN 2012 a 2014 – 15ª Regional de Saúde de Maringá

Nesta tabela sobre ocorrências notificadas da violência física, na 15ª Regional de Saúde de Maringá, foram 75,7% das ocorrências. Segundo o Ministério da Saúde, violência física conceitua-se como atos violentos, que utilizam de forma intencional a força física para lesionar, provocar dor e sofrimento ou destruir a outra pessoa, podendo deixar ou não marcas no corpo. Vai se caracterizar pelos beliscões, tapas, chutes, empurrões, queimaduras, mutilações e tantas outras formas (BRASIL, 2011).

Tabela 16- Fatores de risco à violência física

	B	Sig.	Exp(B)
Sexo	,014	,942	1,014
Cor	,186	,288	1,204
Idade	,388	0,000*	1,474
Escolaridade	-,103	,412	,902
Estado Civil	,301	,063	1,351
Autor alcoolizado	,640	0,000*	1,897
Sexo do autor	,233	,208	1,262
Constant	-,368	,428	,692
Cassification table		77,7	

Fonte: SINAN 2012 a 2014 – 15ª Regional de Saúde de Maringá

*p-value<0,05

A Tabela 16 apresenta os resultados da regressão logística binária para a variável de violência física. Partindo dela, é possível afirmar de modo estatisticamente seguro que indivíduos com maiores faixas de idade têm 47,4% mais chances de sofrer violência física. Este dado demonstra que a idade acima de 50 anos tem 237 % mais chances de sofrer a violência física do que na idade de 0 a 12 anos.

Além disso, constata-se que o agressor quando alcoolizado tem 89,7 % mais chances de executar este tipo de violência. No que diz respeito às demais variáveis, não é possível rejeitar a hipótese nula ao nível de significância menor que 0,05.

Segundo o Boletim Epidemiológico 2013 do Ministério da Saúde, 64% das notificações de mulheres de 60 anos ou mais de idade, sofrem violência física, e o Mapa da Violência 2015- Homicídios contra Mulheres (WAISELFISZ, 2015 b), foram 38,2% dos casos de violência física nesta faixa etária. Os dois documentos apresentam que a idade mais propensa para a violência física é na faixa de 20 a 59 anos, traduzindo-se em 80% dos casos notificados, no primeiro documento e 58,9% no segundo. Estas publicações utilizam como base de dados o banco do SINAN, nacional, sendo o primeiro de 2013 e o segundo de 2015. Comparando com os resultados encontrados em nossa pesquisa regionalizada com dados entre 2012 a 2014, demonstra um diferencial em relação a faixa etária, pois nos resultados encontrados a faixa etária mais velha tem maiores chances de sofrer a violência física. Por outro lado, as referências citadas

apresentam a mulher na faixa etária mais nova de 20 a 59 anos mais propensa à violência física e não o idoso.

A manifestação da violência, na região estudada, nesta faixa etária de 50 anos ou mais é de 13% das violências notificadas para todas as manifestações, diferenciando-se dos achados nacionais que tem uma expressividade de notificações na faixa etária mais nova de 20 a 59 anos, para a violência física. No Estado do Paraná, a manifestação violência mais notificada na faixa etária mais velha é a violência física (PARANÁ, 2014, p.65).

Esta é uma realidade da região estudada, mas que tem concordância com os dados gerais de notificação no Brasil, em relação ao idoso, que ainda ocorrem baixíssimos registros das violências que são acometidos.

Por ser uma etapa da vida em que ocorrem mais fragilidades, sendo muitas vezes mais dependente para alguns cuidados diários e por muitas vezes com pouco contato social, para além das relações familiares e/ou do cuidador, estão mais expostos a vários tipos de violências, que acabam ficando escondidas no privado do lar. A violência à pessoa idosa pode ser olhada conforme Minayo (2005, p.13) como “um ato único (ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. A autora coloca a relação de confiança relacionada à família/cuidador, as instituições de assistência ao cuidado, a comunidade na forma cultural que é considerado este idoso e o próprio Estado nas suas políticas como a previdenciária, de justiça e tantas outras.

Souza e Souza, (2013) relatam que nesta faixa etária os fatores de risco giram em torno da família e a relação que estes estabelecem em sua história anteriormente vivida, que vai determinando como será o cuidado deste idoso. O uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas no ambiente do lar, doenças mentais presente, comunicação e laços afetivos frágeis entre família/cuidador e idoso e dependência financeira, também influenciam neste cuidado.

Tabela 18 - Frequência das ocorrências de violência financeira/econômica na 15ª Regional de Saúde de Maringá

Violência financeira/econômica	f	%	Acum %
Sim	26	1,5	1,5
Não	1728	98,5	100,0
Total	1754	100,0	
Total	1768		

Fonte: SINAN/2012-2014 15ª Regional de Saúde de Maringá

Nesta tabela podemos identificar que na região estudada tiveram 1,5% de notificações de violência financeira/econômica. Segundo o Ministério da Saúde esta violência compreende em dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa. É uma exploração imprópria no uso consentido ou não dos recursos financeiros e patrimoniais da vítima (BRASIL, 2011).

Tabela 19 - Fatores de Risco à violência financeira/econômica na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá

	B	Sig.	Exp(B)
Sexo	,169	,810	1,184
Cor	-,893	,262	,409
Idade	,948	,020*	2,581
Escolaridade	-1,099	,043*	,333
Estado Civil	-,791	,218	,453
Autor alcoolizado	,325	,609	1,384
Sexo do autor	,057	,938	1,059
Constant	-5,452	,035	,004
Cassification table		98,6	

Fonte: SINAN/2012-2014 15ª Regional de Saúde de Maringá

*p-value<0,05

A Tabela 19 expõe os resultados para o modelo de regressão da violência financeira ou econômica, partindo da observação de seus resultados é possível rejeitar a hipótese nula para as variáveis de escolaridade e idade. Dessa forma, temos que

indivíduos com menor grau de escolaridade e com maiores faixas de idade, estão mais suscetíveis a este tipo de violência.

Em relação a idade temos que quanto mais idade o indivíduo tem, mais chances de sofrer esta violência. A cada faixa etária se tem 158,1% mais chances de sofrer a violência financeira/econômica, sendo a faixa etária de 50 anos ou mais tem 790,5 % mais chances de sofrer este tipo de manifestação da violência doméstica na região estudada. Estes dados são reforçados com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, em que mais de 60% dos registros nesta faixa etária à polícia estão ligados à família pelas disputas de bens e renda dos idosos ou por dificuldades financeiras destas em arcar com a sua manutenção (IBCC, 2004, p.154). No estado do Paraná, é a terceira manifestação de violência doméstica contra idosos mais notificada (PARANÁ, 2014), diferenciando-se dos achados regionais, que é, em termos de porcentagem de notificação, a menos notificada.

Segundo o IBGE (2003) os indicadores sociais colocam que 43% das pessoas que tem 60 anos ou mais, tem renda per capita abaixo de um salário mínimo e 30% destes continuam a trabalhar ou para se manterem ou para auxiliar a subsistência da família. Em muitas vivências familiares os rendimentos dos idosos é para o sustento da família, não ficando a aposentadoria ou benefício para o uso próprio, podendo ocorrer a outra violência mais notificada em relação ao idoso, que se identificou na Tabela 15 da frequência da violência física, que é a faixa etária de 50 ou mais anos que está 188 % mais propensa a esta, na região estudada.

Neste tipo de violência a escolaridade é considerada como fator de risco para a vítima, sendo que quanto menos escolaridade esta tem, as chances de sofrer esta violência aumentam em 66,7 vezes mais. Sendo que a escolaridade mais vulnerável para este tipo de violência é o analfabeto com 266,8 % a mais de chances de ser acometido. Estes dados estão em conformidade com os achados de Marinheiro et al (2006) que constataram que quanto menos escolaridade maiores índice de violência. No estudo de Marinheiro et al (2006, p.5) “a escolaridade só teve significância para violência física, em que substituiu a condição socioeconômica. Mulheres com menor escolaridade (até o primeiro grau) sofrem mais violência física (32,4%) do que mulheres mais instruídas (19,8%)”. Nos achados do presente estudo a escolaridade teve significância estatística na violência financeira/econômica apenas, não sendo presente nas outras manifestações.

Podemos avaliar que o sexo do autor ou sexo da vítima, nesta violência não tem, estatisticamente falando, relevância para ocorrer a violência financeira/econômica, podendo ser um filho ou filha em relação ao pai ou a mãe idosa, genro, nora ou cuidador(a) que tem a propensão de cometer esta violência contra o idoso.

Por fim buscamos estabelecer quais são os tipos de violência que mais resultam em reincidência na região estudada, buscando ter claro para uma intervenção direcionada às necessidades de sua manifestação.

4.2.1 Perfil de reincidência à violência doméstica por manifestação

A reincidência é um fator que deve ser analisado na violência doméstica, pois demonstra como esta se comportando este fenômeno em uma determinada região. Geralmente esta tem a tendência de agravar-se conforme vai ocorrendo novamente a violência. A Tabela 20 demonstra qual é o perfil de risco para a reincidência nas manifestações de violência domésticas aqui estudadas.

Tabela 20 – Perfil de risco à reincidência por manifestações da violência doméstica na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá

Manifestação da Violência Doméstica	B	Sig.	Exp(B)
Física	-,479	,001*	,619
Psicológica	,966	,000*	2,628
Sexual	-,263	,108	,769
Financeira	1,383	,030*	3,985
Negligência	,626	,007*	1,870
Constant	-,334	,017	,716
Classification table		63,9	

Fonte: SINAN/2012-201415ª Regional de Saúde de Maringá

*p-value<0,05

Constatamos que com a análise estatística, expõe os resultados que a violência psicológica, a financeira e a negligência têm maiores chances de gerar uma

reincidência. Enquanto que, a violência física tem maiores chances de não se repetir. A violência sexual não retornou valores estatisticamente significantes.

Assim, na violência psicológica/moral tem 162,8% mais chances de ter reincidência em relação as outras violências. Pela Tabela 10, temos que o fato da vítima ser mulher aumenta em 152,1% e ser casada aumenta 72,4% as chances de sofrerem a violência psicológica ou moral. Demonstra que é uma violência relacionada a questão de gênero, e patriarcado, em que o homem sente-se dono da mulher e pode reproduzir nesta a violência que possa ter sofrido na sua relação intergeracional e social (SAFIOTTI, 2004).

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, relata que 36,3 % dos adultos, no ano realizado a pesquisa, sofreram violência psicológica na infância e agora na vida adulta, continuam a sofrer com seus parceiros, perpetuando esta violência que sofreram na infância

Na violência econômica/financeira temos 298,5% mais chances de ter a reincidência em relação aos outros tipos de violência. Esta é uma violência que atinge mais a faixa de idade mais velha, sendo os idosos, conforme Tabela 19, com 790,5% mais chances de sofrer este tipo de manifestação em relação à faixa de idade mais nova. Portanto, justificando a possibilidade de reincidência desta. É uma violência difícil de ser identificadas em sua totalidade, devido ser praticada por familiares, principalmente os filhos. Segundo estudos relatados por Krug, et all (2002) os idosos de idade mais avançada e os mais debilitados, são os casos que chegam denúncia às autoridades. Outro fator de risco também levantado nestas pesquisas, é a questão de gênero, que a mulher idosa por ter sofrido opressão e desvantagem econômica ao longo de sua vida, acaba continuando a sofrer esta violência, além da indignação por parte da família por precisar gastar dinheiro com cuidados da pessoa idosa.

Na violência negligência/abandono temos 87% vezes mais chances de ocorrer a reincidência em relação as outras violências. Pela Tabela 12, a faixa etária que tem mais propensão a sofrer este tipo de violência é a de 50 anos ou mais com 385,5% a mais de chances de sofrer em relação à faixa de 0 a 12 anos, sendo esta uma das faixas etárias mais vulneráveis por envolver as pessoas idosas.

Em relação a reincidência da violência doméstica, considerando que esta envolve um processo de dominação e demonstração de poder que emerge na dinâmica familiar, assim pelo estudo realizado em Curitiba, reincidência da violência contra

crianças (FONSECA, et al., 2012), a cada novo caso de violência doméstica que é praticado na mesma pessoa, se não houver ações efetivas, por parte dos órgãos de defesa e proteção, esta tem a tendência de agravar-se dentro da própria manifestação como para outros tipos mais violentos de expressão

4.2.2 - Construindo uma síntese sobre os fatores de risco à violência doméstica da 15ª Regional de Saúde de Maringá: clareando as pedras do caminho

Inicialmente podemos considerar os dados coletados como pedras, que podem ser entraves para a atuação das políticas públicas de enfrentamento, proteção e prevenção a esta temática, no sentido de não corresponderem com a real situação da violência na região. Por outro lado, transformando estes dados em informações, trabalho que esta pesquisa realizou, podemos considerar estas pedras como possibilidades seguras em que os setores envolvidos nesta área podem sustentar suas ações na região.

O perfil descritivo da violência doméstica na 15ª RS de Maringá se configura sendo a vítima, na sua maioria mulheres, brancas, de escolaridade o ensino fundamental, de idade mais notificada entre 18 a 29 anos, a violência mais ocorrida foi a física, aparecendo em 75,7% das notificações, tendo o local mais frequente de ocorrência das manifestações da violência doméstica, a residência. O sexo masculino é o que mais comete violência e em 42,8% das notificações o agressor estava fazendo uso de álcool. Na região da 15ª RS de Maringá todas as formas de manifestação da violência doméstica, considerada por Minayo (2014), ocorrem.

Em relação ao perfil de risco por manifestação de violência doméstica, na região estudada podemos dizer que para a violência psicológica/moral, que teve 38,5% de notificações, o perfil se configura em: ser mulher aumenta 152,1% e ser casada 72,4% a mais as chances de sofrer esta violência, não sendo relevante estatisticamente, a idade. O agressor ser do sexo masculino aumenta 46,1% e ter feito uso de álcool 107,5% a chance de realizar esta violência.

Na violência por negligência/abandono, temos 7,1% de notificações na região estudada, sendo o perfil mais propenso a ser acometido por esta, a maior faixa etária, tendo 77,1% mais chances de sofrer, compreendendo na faixa etária de 50 anos ou mais em 385,5% vezes mais vulnerável em relação a faixa etária de 0 a 12 anos.

Outro fator de risco é a vítima não ser casada, tendo 70,6% mais chances de sofrer esta violência. Em relação ao agressor, tem 65,6 % mais chances de ser do sexo feminino.

Em relação ao perfil de risco para a violência sexual, com 18,1% de notificações na região estudada, são: ser do sexo feminino aumenta em 574,9 % as chances de sofrer esta violência em relação ao sexo masculino. Quanto mais nova for a mulher, tem 79,6 % mais chances de ser suscetível a esta violência. Portanto, a idade de 0 a 12 anos é a mais vulnerável na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá. Outro fator é o indivíduo ser casado, tem menores chances de sofrer esta violência e o agressor ser do sexo masculino aumenta em 6.079 % as chances da prática desta violência.

A violência física teve uma manifestação de 75,7 % nas notificações da região estudada, tendo como perfil de risco: ser acima de 50 anos aumenta 188% mais chances de sofrer esta violência em relação a faixa etária mais nova estudada de 0 a 12 anos, independente do sexo. Outro fator de risco é o agressor da vítima estar alcoolizado aumenta 89,7 % mais chances de realizar esta violência, independente do sexo deste.

Em relação à violência financeira/econômica, que teve 1,5% de ocorrências notificadas na região, o perfil de risco achado na pesquisa: menor grau de escolaridade e maior faixa de idade, sendo na maior faixa de idade de 50 anos ou mais e não ser casada, tem 790,5% vezes mais chances de sofrer esta violência, não influenciando o sexo da vítima e nem do autor da agressão.

Em relação aos fatores de risco à reincidência nas manifestações de violência doméstica as que tiveram retorno estatístico são a violência psicológica/moral, financeira/econômica e a negligência/abandono. Se nos fatores de risco temos que na violência financeira/econômica e negligência/ abandono a faixa etária mais velha, de 50 anos ou mais, é a mais vulnerável, congregamos que será este público o mais acometido destas violências repetidas vezes na região estudada.

Em relação à reincidência de violência psicológica/moral, teremos o público que mais sofre as mulheres casadas, independentemente da idade.

Estes dados já nos indicam alguns caminhos a serem traçados pelas políticas públicas regionais, voltada à violência doméstica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nossa pesquisa demonstrando que a violência é considerada como um fenômeno social que não tem como calcular a dor e o sofrimento que impacta para a vida toda, atravessando várias gerações, com efeitos adversos sobre a saúde, educação, emprego, criminalidade e sobre o bem estar dos indivíduos, famílias, comunidades e sociedades, além do seu custo financeiro. É uma experiência ainda pouco revelada na sua inteireza, por estar muitas vezes enraizada no tecido social, cultural e econômico das sociedades. Mesmo não conhecendo toda sua dimensão, ela está presente na humanidade e não deve ser aceita como um aspecto natural da condição humana.

Esta pesquisa buscou demonstrar uma pequena parte de como se organiza este fenômeno na região da 15ª Regional de Saúde de Maringá, realidade para os 30 municípios que a compõem. A direção foi em desmistificar e fundamentar os dados empíricos da vitimização por violência doméstica para direcionar as ações das políticas públicas de prevenção, atenção e promoção nesta área.

Delineamos que o conceito de violência doméstica é complexo e multicausal, intrinsecamente relacionado com a questão sócio cultural da sociedade que está envolvida e com o poder ou o desejo de dominar sobre o outro. Esse outro pode ser um indivíduo, uma comunidade, uma sociedade ou uma nação. Em relação à violência doméstica, o poder está relacionado com o desejo de dominar o outro, indivíduo, que possui algum vínculo com o agressor, seja de cuidador, de família, de conhecimento, de hierarquia, psíquico, social, etário, gênero ou físico. Há o estabelecimento de uma relação de dependência e/ou de confiança, medo, formando um vínculo, saudável ou não, entre a vítima e o agressor, permanecendo esta presa entre quatro paredes.

Acrescido a esta situação, há de se considerar que este tema ainda está envolto em mitos, preconceitos e paradigmas que permeiam a sociedade em geral, por isto cultural, que refletem na forma dos órgãos de defesa, atenção e prevenção, agirem, como também os profissionais das variadas políticas públicas, apesar das legislações. Já dizia alguém que mudanças não se fazem por decretos, é preciso ter transformações na cultura da sociedade, dos serviços e dos profissionais que estão no cotidiano desta, prestando a atenção. Talvez por estes motivos, a violência doméstica ainda é tão subnotificada, com receio de “meter a colher” nas questões íntimas da família. Mas este é um possível tema para futura pesquisa.

Este pensar da violência doméstica regulada pelo fator cultural intrínseco na sociedade, corrobora com que Minayo (2013) defende sobre a violência. Considera que é um fato humano e social, no sentido de ter o desejo de dominar o outro, de ter poder sobre alguém, seja de âmbito familiar, de sociedade ou entre nações e vai depender de mais dominação ou menos conforme o período histórico cultural da coletividade ou sociedade. Neste sentido, a violência doméstica vai ser mais ou menos aceita em determinada sociedade conforme seu período histórico cultural. Podemos ainda incluir neste olhar, a visão dos estudos ecológicos, considerado na formação de nosso olhar sobre este fenômeno social, que estuda estes com fatores individuais, relacionais, comunitários e da sociedade que influenciam mais ou menos nas situações, no caso deste estudo, a violência doméstica.

Para o enfrentamento de algum fenômeno social é necessário conhecê-lo como vem ocorrendo na vida em sociedade. O sistema que nos propomos a estudar para traçar o perfil de vitimização por violência doméstica, SINAN, vinculado à política de saúde, tem este papel. Esta sistematização dos dados está garantida nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de 2001, com o intuito de reduzir o custo que as violências traziam e trazem ao Sistema Único de Saúde. A segunda diretriz diz: “monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;” (BRASIL, 2001) iniciando o processo de conhecimento e diagnóstico da realidade brasileira, possibilitando respaldo para ser enfrentada como problema de Estado. Mas somente em 2014, através da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, que a questão entra na lista de notificações compulsórias para todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados no país. Um grande avanço!

O recorte realizado no Banco de dados do SINAN, permitiu concretizar um perfil de risco aos cinco tipos de manifestação da violência doméstica analisados: física, abandono/negligência, financeira/econômica, psicológica/moral e sexual.

O perfil de risco à violência física, abandono/negligência e financeira/econômica é a faixa etária mais velha, sendo considerada neste estudo de 50 anos ou mais. Em relação ao agressor para este tipo de violência são na maioria mulheres e que possuem vínculo com o idoso, em especial destaque os filhos.

A notificação da violência contra idosos no mundo e no Brasil é um fenômeno de recente execução, mas a vitimização desse grupo social é um problema cultural de raízes seculares e suas manifestações são facilmente reconhecidas desde as

mais antigas estatísticas epidemiológicas. Devido ao crescimento acelerado desta faixa etária, ocorre uma publicização e uma politização das informações sobre maus tratos a esta, tornando-se um problema que entrou nas pautas das questões sociais, ganhando maior visibilidade a partir do Estatuto do Idoso em 2003 no Brasil. O que se poderá comprovar é que não se tem a dimensão de tal fenômeno que ainda permanece escondido dentro de quatro paredes. (MINAYO, 2005)

Outra manifestação da violência doméstica na região é a violência sexual, que configura o perfil de risco sendo o sexo feminino e em idade mais indefesa que é de 0 a 12 anos, sendo estas as crianças e adolescentes da região estudada. A fragilidade desta idade frente à violência é altíssima, precisando que os órgãos de defesa e atenção invistam suas ações de proteção, prevenção e também de promoção, para este tipo de violência que mais acomete esta faixa etária na região estudada.

Em relação à violência psicológica/moral o perfil de risco está voltado para o fato da vítima ser mulher e casada, independentemente da idade, aumentando as chances de sofrerem esta manifestação da violência doméstica.

Assim, podemos considerar que nos municípios que compõe a 15ª Regional de Saúde de Maringá, temos idade mais velha, idosos, mulheres casadas e crianças e início da adolescência os segmentos que estão em maior fragilidade de risco para as manifestações da violência doméstica, segundo as análises estatísticas aplicada no Banco de dados do SINAN, do período de 2012 a 2014.

Em relação ao perfil do agressor, temos que ser homem e estar alcoolizado há mais propensão de cometer a violência psicológica/moral. Já o sexo feminino está mais propenso a cometer a violência negligência/ abandono. Indépende do sexo do autor para as violências física e econômica/financeira. A violência física e a psicológica aumenta mais o risco se o autor estiver alcoolizado e para a violência sexual se o autor for homem.

O perfil de reincidência congregou-se para a violência econômica/financeira com 298,5 % mais chances de ter a reincidência em relação aos outros tipos de violência. Configurando-se a manifestação da violência doméstica que mais possibilidade de ter reincidência na região estudada. A violência psicológica/moral temos 162,8% mais chances de ter reincidência do que as outras violências. E a violência negligência/abandono temos 87% vezes mais chances de ocorrer a reincidência em relação as outras violências. Assim, se nos fatores de risco temos que

na violência financeira/econômica e negligência/ abandono a faixa etária mais velha, de 50 anos ou mais, é a mais vulnerável, congregamos que será este público o mais acometido destas violências repetidas vezes na região estudada.

Em relação à reincidência de violência psicológica/moral, teremos o público que mais sofre que são as mulheres casadas, independentemente da idade. Em relação às violências física e sexual não tiveram retorno estatístico, neste momento de análise do banco de dados, não significando que em outros, não possa ter. Há de se considerar que a manifestação por violência física é consideravelmente mais notificada, podendo ser um fator que os serviços estão mais atentos a esta, por ser mais visível.

A defesa da OMS é que a violência doméstica se estabelece como um fator de risco para problemas sociais e de saúde, que podem durar a vida toda. Considera ainda que é uma situação considerada totalmente previsível e evitável, desde que os governos se esforcem para combatê-la através de ações efetivas de conhecimento deste fenômeno, subsidiando a formação e a execução de políticas de prevenção, atenção e combate à violência doméstica.

Esta pesquisa demonstra os perfis de risco para as manifestações da violência doméstica sexual, física, econômica/ financeira, abandono/ negligência e psicológica/moral e perfil da reincidência e do agressor, consideramos que o número de notificações realizadas durante o período estudado com 2.011 notificações e 1.736 ocorrências notificadas que são realmente da região, são ínfimos frente as situações que ocorrem no cotidiano da vida em sociedade. O Relatório Mundial de Prevenção à Violência (2014), coloca que estudos que dependam exclusivamente de dados coletados de forma rotineira, a partir de serviços policiais e de saúde e outros, não são suficientes para formular e monitorar planos de prevenção abrangentes para se abordar essas formas de violência. Por exemplo,

pesquisas de base populacional sobre violência praticada por parceiro íntimo contra a mulher mostram que de 20% a 60% das mulheres não contaram a ninguém sobre a violência sofrida, e poucas procuraram ajuda institucional, inclusive serviços de atendimento de saúde. Das mulheres feridas devido a violência, 48% relataram ter precisado de cuidados para seus ferimentos, mas apenas 36% realmente procuraram essa ajuda (OMS, p. 13).

Como nesta pesquisa, sentimos a limitação dos dados encontrados, precisando um aprofundamento do conhecimento desta realidade na região e no próprio estado do Paraná, com estudo de campo, que complemente as estatísticas oficiais

divulgadas e amenize as cifras ocultas. Esta possibilita uma aproximação da realidade da violência doméstica e de melhorias na formulação, monitoramento e avaliação as políticas voltadas a este fenômeno social complexo.

Ainda mais uma consideração em relação à atenção, prevenção e proteção das vítimas da violência doméstica é desconstruir que este fenômeno só acontece com a população empobrecida. As notificações analisadas por este banco de dados nos trazem que grande parte das vítimas tem o ensino fundamental e conseqüentemente, conforme os Resende e Wyllie (2006), a cada nível de estudo alcançado, ocorre a possibilidade de 16% de aumento na renda familiar. Como grande parte das vítimas tem o ensino fundamental, a renda também não é alta. Mas por ser um sistema de coleta de dados de unidades notificadoras públicas, significa que uma parte destas violências não são notificadas por serviço nenhum e outra fica sem saber ou ocorrem dentro da intimidade doméstica. Assim, a importância de se realizar a pesquisa de campo que consiga avaliar a taxa de subnotificação da violência doméstica é necessária para se ter o real caminho que as políticas públicas precisam seguir.

Sentimos também a necessidade de se efetuar um trabalho mais contínuo e aprofundado em relação às notificações na região estudada, pois nos 3 anos de análises tivemos 1.768 ocorrências notificadas de violência doméstica em toda a região, que é composta por 30 municípios e de 729.444 hab. (IBGE,2010). Este não é um papel apenas da política de saúde, apesar deste banco de dados ser gerido por ela, mas de todas as políticas setoriais, serviços públicos e privados, profissionais das diversas áreas e comunidade em geral, com o dever de notificar a situação de violência doméstica. Com esta responsabilização conjunta das políticas, a violência doméstica tem maiores possibilidades de sair das quatro paredes e ser tratada e evitada como deve ser, como um agravo de saúde não transmissível, como a política de saúde coloca ou como uma desproteção social que a política de assistência social direciona seu olhar. Assim teremos maiores possibilidades de que este fenômeno seja evitado e suas conseqüências reduzidas como outros problemas sociais e de saúde o são, seja em micro ou em escala comunitárias e de políticas nacionais.

Para tanto, é necessário que os setores tanto da saúde, assistência social, justiça, educação e tantas outras, expandam seu papel na prevenção da violência, ampliem os serviços prestados às vítimas, de forma conectada e principalmente melhore o sistema de coleta de dados sobre a violência doméstica. Atualmente estão disponíveis

vários sistemas de coletas de dados que não trabalham conectados, sendo necessário unificá-los de forma que se tenha um conhecimento mais próximo da realidade deste fenômeno social.

Dentro da Regional de saúde estudada, o município pólo, Maringá, tem tido uma experiência com as políticas de saúde, assistência social e de educação para ações, capacitações, identificação e notificação e trabalho em rede. É uma experiência que tem ampliado o número de notificações, mas é necessário avaliar esta experiência até que ponto pode ser uma referência para outros lugares.

O desafio ainda é avaliar em grande escala o impacto que as políticas públicas voltadas à violência doméstica na realidade social das comunidades. Como é um fenômeno intrinsecamente ligado à realidade histórico cultural de uma sociedade, é preciso verificar se esta forma de notificação e até do conteúdo do banco de dados corresponde à diversidade cultural de todos os cantos deste país tão diverso. Avaliar também se as políticas públicas têm atingindo sua implementação em todos os níveis, através dos programas, projetos e ações. E as experiências já em execução, que possam ser avaliada a efetividade da atuação em rede e da rede, na área de violência doméstica, para que se verificar se esta rede está atingindo seus objetivos como uma proposta integrada de prevenção, atenção e promoção contra este fenômeno social.

Este estudo aponta ainda, a necessidade de um aprofundamento de pesquisa relacionada à subjetividade ou representatividade dos profissionais da saúde, da assistência social, da educação e, porque não dos policiais militares e civis, advogados da área da família, da infância e adolescência e idosos sobre a violência doméstica, que podem muitas vezes os impedir a realizarem notificação das violências. São estes profissionais que se relacionam mais de perto com este fenômeno social, por isto a necessidade de conhecimento sobre o que é violência doméstica e suas manifestações. No banco de dados estudado ocorreram mais notificações dos casos de violência física e sexual, sendo estas mais aparentes e visíveis a todos. Há muitas formas de manifestação destas, que precisam ser desmistificadas e esclarecidas para que se compreenda como uma violência. Por esse motivo, ainda é uma temática a ser trabalhada de forma intensa para que os profissionais notifiquem situações que ainda são consideradas de fórum íntimo ou não violência.

Vislumbramos esta necessidade sendo amenizada através de capacitações permanentes aos profissionais, nas mais diversas políticas públicas em todos os níveis,

desmistificando a violência doméstica como algo que “não se mete a colher”. A formação continuada aos profissionais que estão diretamente trabalhando com a questão da violência doméstica nas mais diversas políticas é um caminho necessário para que consigamos desmistificar este fenômeno.

Além da capacitação há a necessidade de cuidar de quem cuida, pois o trabalho na área de violência tem a possibilidade de sobrecarregar emocionalmente os trabalhadores, prevendo momentos de supervisão e cuidado como uma parte intrínseca do trabalho desenvolvido nesta área.

Outra sugestão para que a violência doméstica seja mais conhecida é através da institucionalização das notificações deste fenômeno social junto às Varas Judiciais da Família, da Infância e Adolescência e do Idoso, tornando-se obrigatória também na área judicial e policial. O Boletim de Ocorrências, que é o instrumento que registra as violências nesta área, pode gerar serviços, mas dificulta a alimentação de dados estatísticos para produção de políticas públicas.

A partir dos estudos realizados nesta pesquisa, conseguimos inserir a temática das notificações de violências domésticas no Curso de Capacitação em Vigilância Sócio assistencial da política de Assistência Social, atingindo cinco microrregiões: de Maringá, Paranavaí, Cianorte, Campo Mourão e Umuarama, no primeiro semestre de 2016. Esta experiência demonstrou o quanto é uma realidade pouco discutida no cotidiano profissional e nas políticas sociais. A experiência de formação pode ser replicada para outras áreas e espaços, principalmente via Regionais de Saúde e Escritórios Regionais da Política de Assistência Social em todo o estado, com espaços permanentes de formação.

Outra sugestão para que o ciclo da violência doméstica seja interrompido nas famílias que já vivenciam é que seja implantado de forma institucionalizada pelas políticas públicas, o cuidado com o agressor, não somente sua punição. Experiências em grupos de universidades e outras instituições com agressores, trabalhando em parceria com a justiça, têm sido uma referência para que famílias possam ser reconstruídas no sentido de reaprender padrões de relações sociais sem violência.

Fica ainda mais um desejo enquanto pesquisadora, profissional que atua na rede de saúde, conselheira do Conselho Municipal de Assistência Social de Maringá e mulher, que o Sistema de Notificações de Agravos em Saúde seja ampliado para outras políticas como a de assistência social e educação inicialmente, de forma que estas não

precisem elaborar outro banco de dados, paralelo, mas que possam alimentar juntas o mesmo banco de dados com a saúde e quiçá em conjunto com a polícia e o judiciário, para que se congregue informações mais consistentes sobre este fenômeno social e tenha mais espaço na agenda política deste país. Pensar confirmado pelo Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 que uma das recomendações que a OMS faz é que os países fortaleçam a coleta de dados para revelar a verdadeira extensão do problema, com sistemas de registros civis e policiais, sendo os dados melhores coletados e de forma integrada, para que as políticas públicas consigam exercer sua finalidade com mais efetividade, subsidiadas em evidências (OMS, 2014, p. 48,49). Portanto, este é um caminho a ser perseguido a transversalização deste fenômeno social, chamado violência doméstica/ violências, pelas políticas públicas. Quem sabe a próxima pedra a ser alcançada neste caminho triste, pelo que causa às pessoas, as famílias e à sociedade, mas extremamente atraente e intrigante, como pesquisadora buscando as revelações deste fenômeno social desafiador.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre o risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K. et al (org.) **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p.79-104.
- BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996 Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgdGcAH/livro-a-ecologia-desenvolvimento-humano-experimentos-naturais-planejados> Acessado em: 25/05/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001**. DOU n.96, seção 1e de 18/05/01. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed. Acessado em: 20/04/2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_do_mestica.pdf. Acessado em 26 de janeiro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria 2970 de 14/12/2011 – MS. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html Acessado em: 25/01/2016.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acessado em: 20/012/2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento

Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html . Acessado em: 20/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2802 de 06/12/2012 – MS. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a finalidade de fomentar ações de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Vigilância e Prevenção de Lesões e Mortes no Trânsito e Promoção da Paz no Trânsito. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2802_06_12_2012.html Acessado em: 22/03/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1271 de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acessado em: 24/01/16.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Balanco: uma década de conquistas – ligue 180 – Central de atendimento à mulher**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco180-2015.pdf> Acessado em: 18/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília, 2015. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/.../Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15 Acessado em: 31/05/2016.

BUSSAB. O. W; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 8ed. – São Paulo: Saraiva, 2013.

CANONICE, B.C.F. **Normas e padrões para elaboração de trabalhos acadêmicos**. 3ª ed. Maringá: Eduem, 2013.

CATÃO, Y. Pesquisas de vitimização: notas metodológicas. In: **Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Ano 2, 2008, p.82-87. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2008.pdf Acessado em 30/05/2016.

CHAVEZ, N. **Violence against elderly**. 2002. Disponível em: <http://www.health.org/referrals/resguides.asp>. Acessado em: 20/01/2016.

- CRISP. **Pesquisa Nacional de Vitimização: sumário executivo SENASP**. Data Folha: Instituto de Pesquisa CRISP, maio de 2013. Disponível em: http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Sumario_SENASP_final.pdf Acessado em 20/11/2015.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, suplemento, 2007, p. 1163-1178. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf> Acessado em 01/06/2016.
- DataSUS, Disponível em <http://svs.aims.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw> Acessado em 23 de outubro de 2014.
- DEBERT, G. G., & OLIVEIRA, M. B. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a violência doméstica. **Cadernos Pagu**, 29, 2007. p.305-337.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, Disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/morbimortalidade>. Acessado em 22/02/14.
- Dicionário da violência contra a mulher. Violência Saúde e Direitos Humanos. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da USP. Disponível em <http://www.mulheres.org.br/violencia/artigos04.html> Acessado em: 25/03/2016.
- DORNELLES FILHO, A. A.; MINCATO, R.; GRAZZI, P. C.. Perfil da mulher vítima de violência doméstica no Brasil, Rio Grande do Sul, Caxias do Sul. In: **XIII Encontro Aspectos Econômicos e Sociais da Região Nordeste do RS**, Caxias do Sul, 06 e 07 de out. 2014. Disponível em: www.ucs.br/site/midia/arquivos/TEC-10-Dornelles-Mincato-Grazzi-Violencia-domestica.pdf Acessado em 04/02/2016.
- PRATES, Marco. As 300 cidades mais perigosas do Brasil. **Revista Exame**, São Paulo: 18 de Julho, 2013. Disponível em <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/as-300-cidades-mais-perigosas-do-brasil> . Acessado em: 18/02/2016.
- FIELD, A. **Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics**. 2013, 4th ed. University of Sussex.
- FONSECA, A.M.; GALDURÓZ, J.C.F.; TONDOWSKI, CS.; NOTO, A.R. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista Saúde Pública**. n.43 v.5, USP, 743-749. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500002 Acessado em: 31/01/2016.
- FONSECA, R.M.G.S da; et all. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul.Enferm.**, v.25,n.6, 2012, p.895-901. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39170> Acessado em 05/08/2016.
- GADONI-COSTA, L.M. **Violência doméstica: vitimização e enfrentamento**. 2010. 103f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto

de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2010. Disponível em: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23015/000741116.pdf Acessado em: 12/04/2016.

GARCIA-MORENO, C; et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO, 2005, In Organização Mundial de Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidências**. Trad. OPAS/MS, 2012.

GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.; SILVA, C.F.R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.(Orgs.) **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.117 -140. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf Acessado em: 24/04/2016.

GOMES R., SILVA JUNQUEIRA M.F.P., SILVA C.O., JUNGER, W.L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. In: **Revista Ciências Saúde Coletiva** 2002; 7(2), p. 275-283. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200008 Acessado em: 20/02/2016.

GRIEBLER, C.N.; BORGES, J.L. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da lei Maria da Penha. In: **Revista Psico**, Porto Alegre, v.44, n.2, p.215-225, abr/jun.2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11463> Acessado em 01/06/2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRim). **O idoso em perigo**. Núcleo de Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. São Paulo: IBCCRIM, 2004. Disponível em www.ibccrim.com.br Acessado em: 20/02/2016.

JANNUZZI, P.de M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. In: **Planejamento e políticas públicas**. n36, jan/jul.2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228> Acessado em: 14/010/2015.

KRUG, E. G.; et al (eds). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em: www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude Acessado em: 18/04/2016.

LIMA, V.L.de A.; SILVA, A.F.da. Conhecendo o perfil e os sentimentos de mulheres vítimas de violência atendidas na delegacia especializada de atendimento à mulher do município de Belém. **Gênero na Amazonia**: Belém, n.2, jul/dez, 2012, p.111-123. Disponível em: <http://www.generonaamazonia.ufpa.br/edicoes/edicao-2/Artigos/Conhecendo%20o%20Perfil%20e%20os%20Sentimentos%20de%20Mulheres%20V%C3%ADtimas%20de%20Viol%C3%A2ncia%20Atendidas%20na%20>

[elegacia%20Especializada%20de%20Atendimento%20%C3%A0%20Mulher%20do%20Munic%C3%ADpio%20de%20Bel%C3%A9m.pdf](#) Acessado em: 22/01/2016.

LOPES, M.; GEMITO, M.L.; PINHEIRO, F.T. O trabalho em rede e o combate a violência doméstica. In: MENDES, F.; et al. **Enfermagem contemporânea: dez temas, dez debates**. Coleção de E-books Oficinas Temáticas. nº1, Évora, dez 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Cris/Downloads/Ebook%20oficinas%201.pdf> Acessado em: 20/01/2016.

MADALOZZO, R.; FURTADO, G.M. Um estudo sobre a vitimização para a cidade de São Paulo. In **Revista de Economia Política**. Vol.31, nº1, jan-mar, 2011. p. 160-180. Disponível em: <http://www.rep.org.br/issue.asp?vol=31&mes=1> Acessado em: 04/02/2016

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. Atlas: São Paulo, 2006.

MARINHEIRO, A.L.V; VIEIRA, E.M., SOUZA, L. de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**. vol.40, nº4, Ago,2006, p. 604-10. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008 Acessado em 20/04/16.

MARINGÁ, Secretaria de Saúde. Gerência de Promoção e Prevenção em Saúde. Rede de Atenção e Prevenção à violência e Promoção da Saúde. **Protocolo de proteção à mulher, criança e adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar**. 2012

MARQUES, E. **Redes sociais, segregação e pobreza**. São Paulo: UNESP; Centro de Estudos da Metrópole, 2010.

MARTINHO, C. (s/d) Redes de desenvolvimento local. Rede Brasil de comunicação cidadã. (on-line), (s/d). Disponível em [http:// www. Rbc.org.br](http://www.Rbc.org.br) .Acessado: 27/01/2015.

MARTINS, C. B. G., & JORGE, M. H. P. M.. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, vol.19 no.2 Florianópolis Apr./June 2010 p. 246-255. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200005 Acessado 28/04/2016.

MASCARENHAS, M. D. M.; et all.; Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no sistema de serviços sentinelas de vigilância de violência e acidentes (VIVA) - Brasil, 2006. **Epidemiologia Serviços de Saúde**. V.18, n.1, jan-mar, 2009. p.17-28. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100003 Acessado em: 10/02/2016.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Organização Pan-Americana da Saúde/UFMG, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/podemos_prevenir_violencia.pdf Acessado em: 20/12/2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05> Acessado em: 25/03/2016.

MINAYO, M.C. de S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª ed., 2005. Disponível: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf> Acessado em: 30/03/2016

Conceitos teoria e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. et al (org.) **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

; SOUZA, E.R. apud DESLANDES, S.F.; SOUZA, E.R.; LIMA, C.A.. A avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência e de suporte às pessoas em situação de acidentes e violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (org) **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

MIZUNO, C. et al. Violência contra a mulher: por que elas simplesmente não vão embora? In: **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, UEL: 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/3.CamilaMizuno.pdf> Acessado em 01/12/2015.

NJAINE K. et al (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2009.

NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; SILVA, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro Dependência Química**. 2004;5(1):9-17. Disponível: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500002 Acessado: 20/03/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Geneve, 2002. Disponível em: www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude Acessado em 12/04/2016.

Prevenção da violência sexual e da violência por parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Tradução: OPAS/OMS/MS. 2012.

Disponível em: www.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
Acessado em 15/01/2016.

Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. Tradução Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2015. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../15/WHO_NMH_NVI_14.2_por.pdf Acessado em 18/04/2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Brasil. SESA-PR Portaria nº 177/2012, Disponível: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucao1772012.pdf> Acessado em 20/02/2016.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno Temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná.** Curitiba: SESA/SVS, 2014. Disponível: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno_viva_alta_13_3_14.pdf Acessado: 23/01/2016

PETERNELLI, L. A. **Capítulo 2: Estatística Descritiva.** p.13 Disponível em www.each.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf. Acessado em: 20/08/15;

PINTO JUNIOR, A.A.; LOPES, D.C.; PINHEIRO, V.S.; ORTIZ, M.M.; OLIVEIRA, S.L. Perfil da violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes no município de Dourados/MS. **Revista Psicologia e Saúde.** v.4, n.1, jan-jun. 2012. p.59-68. Disponível em <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/125/221> Acessado em 03/01/2016.

RESENDE, M.; WYLLIE R. (2006). **Retornos para educação no Brasil: Evidências empíricas adicionais.** Economia Aplicada, 10 (3): 349-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502006000300003 Acessado em: 08/02/2016.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social métodos e técnicas.** 3ª ed.. Atlas: São Paulo, 2015.

R Development Core Team., R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria, 2013. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: 20/10/2015.

SACHIDA, A.; LOUREIRO, P. R. A.; MENDONÇA, M. J. C. Um estudo sobre retorno em escolaridade no Brasil. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 249-265, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v58n2/a06v58n2.pdf>. Acesso em: 14/04/ 2016.

SAFFIOTI, H.I.B. Violência de gênero - lugar da práxis na construção da subjetividade. Lutas Sociais. São Paulo: PUC, 2007. In: GROSSI, K. P.; TAVARES, A. F.;

OLIVEIRA, S. B. de . **A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios**. Athenea Digital, 14, p.267-280, 2008. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/538> Acessado em 02/04/2016.

A violência disseminada: já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 13, n. 4, 1999, p. 82-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009 Acessado em: 07/02/2016.

SAGOT, M. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGHEL, S.N. (Org.) **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Unisinos, 2007, p.23-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400013 Acessado em: 01/02/2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. Cortez Editora: Porto Alegre, 2015.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa**. Caderno CRH 39: 11-24, 2003.

SUNG, J.M.; SILVA, J.C. **Conversando sobre ética e sociedade**. 12ª edição. Petrópolis: Vozes, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. Atlas: São Paulo, 2013.

VELOSO, M.M.X.; et all. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. In: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. Vol. 18 n.5, Rio de Janeiro, 2013, 1263-1272. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320130005&lng=pt&nrm=iso Acessado em 28/11/2014.

VIEIRA, E.M., PERDONA G.S.C.; SANTOS, M.A. dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2011 Ago; 45(4): 730-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400013 Acessado em 15/04/16.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios e juventude no Brasil: mapa da violência 2013**. Secretaria- Geral da Presidência da República. Brasília, 2013. Disponível em http://mapadaviolencia.org.br/mapa2013_jovens.php Acessado em: 12/12/15.

a. **Mapa da Violência 2015: adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. (Versão Preliminar) Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais - FLACSO: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015_adolescentes.pdf Acessado em: 03/05/2016.

b. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil.**
OPAS/OMS, ONU Mulheres, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos
Direitos Humanos Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, FLACSO: Rio
de Janeiro, 2015. Disponível em:
www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
Acessado em: 23/02/2016.

ZUMA, C. E.; MENDES, C.H.F.; CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R. Violência de
gênero na vida adulta. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (orgs.)
Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p.149-185.

ANEXO 1 – Ficha de Notificação/Investigação Individual/SINAM

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID 10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência			
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento				
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola médio incompleta (antigo colégio ou 2º grau) 6-Escola médio completa (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número		
Dados de Residência	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		
	26 Ponto de Referência		27 CEP		28 (DDD) Telefone		
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? Física Visual Auditiva Mental Transtorno mental Transtorno de comportamento		36 Outras deficiências/ Síndromes		
	36 UF		37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	41 Número		
Dados da Ocorrência	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3		44 Geo campo 4		
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências						

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros _____ ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Atentado violento ao pudor ☐ Exploração sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Outros _____			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei					
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência de lesões no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ DST ☐ Transtorno mental ☐ Estresse pós-traumático ☐ Gravidez ☐ Tentativa de suicídio ☐ Transtorno comportamental ☐ Outros _____					
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros _____ ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM ☐ Centro de Referência da Mulher ☐ Vara da Infância / Juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS ☐ Casa Abrigo ☐ Outras delegacias ☐ Instituto Médico Legal (IML) ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros _____					
	65 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____	
	68 Classificação final ☐ 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso ☐ 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____	
	71 Data de encerramento _____					
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante			Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Notificador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan NET		SVS 10/07/2008	