

UNIVERSIDADE UNICESUMAR - UNICESUMAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

TAMARA TOMITAN RICHTER

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES POR
PARCEIROS: NARRATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
E DADOS DO SINAN**

MARINGÁ
2022

TAMARA TOMITAN RICHTER

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES POR
PARCEIROS: NARRATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
E DADOS DO SINAN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria Gomes da Silva

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Nishida

MARINGÁ
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R535v

Richter, Tamara Tomitan.

Violência doméstica contra mulheres por parceiros: narrativas de profissionais da saúde e dados do SINAN / Tamara Tomitan Richter. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2022.

92 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria Gomes da Silva. Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Nishida.

Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2022.

1. Violência doméstica. 2. Narrativas de profissionais da saúde. 3. SINAN. 4. Gênero. I. Título.

CDD – 364.374

Roseni Soares – Bibliotecária – CRB 9/1796
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

TAMARA TOMITAN RICHTER

Violência doméstica contra mulheres por parceiros: narrativas de profissionais da saúde e dados do SINAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

Profa. Dra. Tânia Maria Gomes da Silva
Universidade Cesumar – UNICESUMAR
(Presidente)

Profa. Dra. Ângela Mara de Barros
Universidade Cesumar – UNICESUMAR

Profa. Dra. Lídia Maria Viana Possas
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Aprovado em: 15 de Dezembro de 2022.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Elizabete, por ter me ensinado a ser uma mulher forte e corajosa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora, acima de tudo, por estarem sempre iluminando meu caminho, não me deixando desistir.

À minha família, em especial à minha mãe Elizabete, meu pai Juliano, meus irmãos Thamires e Arthur, aos meus avós Maria e Gentil, e à minha filha de quatro patas Melzi, por desde a minha graduação me esperar em casa ao final do dia com seus olhinhos negros.

Ao meu namorado Luis Carlos Schiavo Junior.

À minha orientadora professora Dra. Tânia Maria Gomes da Silva que acompanhou cada passo desse processo de pesquisa.

Às professoras Dra. Ângela Mara de Barros Lara e Dra. Daniele Fernanda Felipe que compuseram a banca de qualificação e deram contribuições significativas.

À professora Dra. Lídia Maria Viana Possas pela gentileza de aceitar compor a banca de defesa.

Aos amigos que fiz durante este trajeto.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação acadêmica.

Aos participantes deste estudo, pela confiança e disponibilidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela minha bolsa de estudos, que me proporcionou a realização deste sonho.

“Eu nem conhecera uma vida em que as mulheres não estivessem juntas, em que as mulheres não tivessem se ajudado, protegido, e amado profundamente”.

bell hooks

Violência doméstica contra mulheres por parceiros: narrativas de profissionais da saúde e dados do SINAN

RESUMO

A violência contra as mulheres é resultado de relações desiguais de poder entre sujeitos masculinos e femininos, que em diferentes tempos e locais estruturam as sociedades. Caracteriza-se como qualquer ato que resulte em danos, sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, incluindo ameaças, coação ou privação arbitrária de liberdade, na vida pública ou privada. O objetivo desta pesquisa é analisar as características das mulheres que enfrentaram situação de violência praticada pelos seus parceiros ou ex-parceiros íntimos, em Maringá-PR, no período de 2015 a 2019, e as experiências dos profissionais da saúde que atuam em serviços de urgência e emergência. Trata-se de um estudo de corte transversal, de método misto (quantitativo e qualitativo), realizado por meio do levantamento de dados da vigilância epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e de entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais da saúde que atuam no município supracitado. Os dados dos sistemas de informação, somados às narrativas dos profissionais da saúde, que estão na ponta da rede de cuidados, são instrumentos importantes para auxiliar no planejamento e na implementação de políticas públicas de proteção às mulheres. Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se do Excel para a elaboração de tabelas e os dados qualitativos foram interpretados seguindo a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2016). O suporte teórico são os estudos de gênero (Scott, Saffioti) em uma interface com a saúde (Schraiber, D'Oliveira). Dessa forma, este estudo busca levantar os índices das notificações de violência contra mulheres em Maringá no período pré-estabelecido; perceber como os profissionais da saúde entendem as questões de gênero e os direitos das mulheres e identificar se tais representações refletem na tomada de decisão da notificação, conforme preconizado nas Leis n.º10.778/2003 e n.º13.931/2019, discutindo, por fim, as causas que levam à subnotificação da violência. Nesta investigação, defendem-se os direitos das mulheres de viverem em um mundo de paz e de justiça, conforme preconizam documentos nacionais e internacionais, a exemplo da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979); a Declaração de Beijing (1985); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994); a Lei Maria da Penha (2006); e, mais especificamente no âmbito da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Os resultados do estudo quantitativo evidenciaram uma baixa notificação dos casos de violência no município, apresentando dificuldades em seu entendimento e preenchimento. O estudo qualitativo, por sua vez, reforça a hipótese que justifica a subnotificação, compreendida a partir das narrativas dos profissionais da saúde, ao demonstrar o despreparo no acolhimento à vítima de violência, além da carência de conhecimento a respeito das legislações, e falhas na rede da saúde, da assistência social, e da segurança pública, ao considerar a multidisciplinaridade do atendimento.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Narrativas de Profissionais da Saúde. SINAN. Gênero.

Domestic violence against women by partners: narratives of health professionals and data from SINAN

ABSTRACT

Violence against women is the result of unequal power relations between male and female subjects that at different times and places structure societies. It is characterized as any act that results in physical, sexual or mental harm or suffering to women, including threats, coercion or arbitrary deprivation of liberty, in public or private life. The objective of this research is to analyze the characteristics of women who faced situations of violence practiced by their partners or former intimate partners, in Maringá-PR, from 2015 to 2019, and the experiences of the health professionals that work in urgent and emergency services. This is a cross-sectional, mixed-method study (quantitative and qualitative), carried out by collecting data from the epidemiological surveillance of Interpersonal and Self-Inflicted Violence (VIVA) of the Brazilian Notifiable Diseases Information System (SINAN) and semi-structured interviews with health professionals who work in the municipality. The data from the information systems added to the narratives of health professionals, who are at the end of the care network, are important instruments to assist in the planning and implementation of public policies to protect women. Quantitative data were analyzed using Excel to prepare tables and qualitative data were interpreted following the perspective of Bardin's (2016) content analysis. The theoretical support is gender studies (by Scott and Saffioti) in an interface with health (Schraiber and D'Oliveira). The scope of this study is to raise the rates of notifications of violence against women in Maringá in the pre-established period; examine how health professionals understand gender issues and women's rights and identify whether such representations reflect in the decision-making process of notification, as recommended in Laws n° 10.778/2003 and n° 13.931/2019, discussing causes that lead to underreporting of violence. The rights of women to live in a world of peace and justice are defended, as advocated by national and international documents, such as the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979), the Beijing Declaration (1985), the Inter-American Convention to Prevent, Punish, and Eradicate Violence against Women (1994); the Maria da Penha Law (2006) and, more specifically in the field of health, the National Health Promotion Policy (2006). The results of the quantitative study showed a low notification of cases of violence in the city, presenting difficulties in its understanding and completion. The qualitative study, in turn, emphasizes the hypothesis that justifies the underreporting, understood from the narratives of healthcare professionals, by demonstrating the unpreparedness in welcoming the victim of violence, as well as the lack of knowledge about the legislation, failures in the health network, social assistance and public security system, considering the multidisciplinary of the patient's care. The investigation defends the right to women to live in a world of peace and justice, as recommended by national and international documents, such as the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979), the Beijing Declaration (1985), the Inter-American Convention to Prevent, Punish and Eradicate Violence against Women (1994); the Maria da Penha Law (2006) and, more specifically in the field of health in Brazil, the National Health Promotion Policy (2006). The results of the quantitative study showed a low notification of cases of violence in the city, presenting difficulties in its understanding and completion. The qualitative study, in turn, emphasizes the hypothesis that justifies the underreporting, understood from the narratives of healthcare professionals, by demonstrating the unpreparedness in welcoming the victim of violence, as well as the lack of knowledge about

the legislation, failures in the health network, social assistance and public security system, considering the multidisciplinary of the patient's care.

Keywords: Domestic violence. Narratives of health professionals. SINAN. Genre.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 2 Bairros em que mais ocorreu violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 3 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características da vítima e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 4 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por tipo de violência e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 5 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por Unidade de Saúde notificadora e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 6 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características da agressão e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 7 Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características do autor e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 8 Encaminhamentos para a rede realizados decorrentes das notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR e ano de atendimento 2015-2019
- Tabela 9 Caracterização dos profissionais da saúde entrevistados
- Tabela 10 Caracterização profissional dos funcionários da saúde entrevistados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Violência de gênero: mudanças e permanências na história	18
3.2 Violência contra a mulher	25
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Delineamento amostral.....	29
4.3 Coleta de dados	30
4.4 Análise dos dados.....	32
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	52
6.1 O trabalho de campo	56
6.2 Tipos de violência	58
6.3 Olhar biomédico.....	62
6.4 Crenças pessoais	65
6.5 Rede de cuidados	66
6.6 Notificação versus denúncia	70
6.7 Educação permanente e rotatividade.....	74
6.8 Quem são as mulheres que sofrem violência?	75
7 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE	87
Apêndice A – Questionário Preliminar	88
ANEXO	90
Anexo A – Ficha de Notificação Individual.....	91

1 INTRODUÇÃO

Em termos semânticos, o vocábulo “violência” deriva do latim *vis*, significando força ou vigor (MUCHEMBLED, 2014). Caracteriza-se como qualquer ato que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos para as vítimas, incluindo ameaças, coação ou privação arbitrária da liberdade, na vida pública ou privada (WHO, 2021).

O Relatório Mundial da Saúde (KRUG et al., 2002) estabelece três categorias de violência, sendo elas: violência autoinfligida (comportamento suicida e autoabusivo); violência interpessoal (violência praticada por parceiros íntimos); e violência coletiva (atos terroristas, guerras, grupos organizados). Quanto à natureza, é categorizada em física, psicológica, sexual e por negligência, segundo o mesmo relatório (2002).

Há classificações mais atuais, a exemplo de violência estrutural (MINAYO, 2018); moral (OLIVEIRA, 2008); simbólica (BOURDIEU, 2002); de gênero (SCHRAIBER, 2005); e ciberviolência (FERREIRA, 2014). Conquanto essas divisões facilitem os estudos, as fronteiras entre elas são muito tênues, não existindo uma unanimidade nos estudos (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014).

Ainda que nesta pesquisa, o termo violência de gênero, seja utilizado para referir-se exclusivamente à violência contra as mulheres, o quadro da violência de gênero não envolve apenas o sexo feminino, pois não se trata do sexo biológico, mas sim de construções culturais, que refletem relações humanas de poder. A violência de gênero não é uma prerrogativa exclusiva das mulheres. Também os homens e a população LGBTQIA+ podem sofrê-la; tanto em ambientes públicos quanto privados. Conforme Almeida e Zanello (2022), trata-se de espaços simbólicos onde as relações de poder se manifestam. Um exemplo de violência no espaço público são as universidades, onde tem havido recorrentes casos de violência de gênero, especialmente contra as mulheres (ALMEIDA; ZANELLO, 2022). Ainda assim, há um novo cenário quantitativo de mulheres nestes espaços, gerando impactos importantes para a elaboração de mudanças identitárias e possibilitando novas dinâmicas nas instituições através das organizações políticas de alunas, professoras e funcionárias.

A violência é um fenômeno multicausal vinculado à forma como a sociedade se organiza política, econômica e culturalmente (MUCHEMBLED, 2014). Durante muito tempo, foi pensada como um impulso natural, necessário à sobrevivência e confundida com

agressividade. No entanto, os termos não são similares. Na linha psicanalítica evolucionista freudiana, a agressividade é entendida como elemento constitutivo do eu, estando inscrita na ordem libidinal e, conquanto necessária à sobrevivência, pode ser contida pelas leis sociais. Para Freud (1932, p.112), a restrição à agressividade do ser humano constitui “[..] o primeiro e talvez o mais severo sacrifício que dele exige a sociedade”.

A agressividade dos seres humanos tem sido atenuada com o processo civilizatório (ELIAS, 1990), resultado de uma lenta evolução de ordem cultural, que, por volta do século XVII, fez diminuir os conflitos, primeiro, no mundo público e, depois, na vida familiar (MUCHEMBLED, 2014). Ademais, a agressividade é uma manifestação estruturada pelo campo da linguagem, em contraposição à violência, que se manifesta na ruptura da linguagem, culminando no rompimento do laço social (LAIA; CALDAS, 2016).

Todas as pessoas se encontram sujeitas a sofrer violência, mas há grupos com maior vulnerabilidade, a exemplo das mulheres; resultado da cultura patriarcal que se encontra inscrita tanto na realidade material (normas jurídicas), quanto no imaginário (ideologia, costumes), e embora as mulheres também tenham comportamentos agressivos, a cultura da violência foi e ainda é fundamentalmente masculina (MUCHEMBLED, 2014).

Globalmente, 35% das mulheres do mundo sofrem algum tipo de violência, consistindo seus parceiros ou ex-parceiros íntimos como os principais agressores. Mais de um quarto das mulheres de 15 a 49 anos que estiveram em um relacionamento foram submetidas à violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida, desde os 15 anos (WHO, 2020).

A violência contra as mulheres ocorre tanto no espaço público, como em ruas, mercados, escolas, local de trabalho; quanto no privado, quando recebe a denominação de violência doméstica ou violência praticada por parceiros íntimos. Ela vulnerabiliza mais as vítimas, porque ocorre em ambientes considerados lócus de proteção, além de ser perpetrada por uma pessoa com a qual a mulher mantém vínculo de afeto e confiança (UNODC, 2018).

Algumas regiões apresentam índices mais elevados de violência contra as mulheres, como o sudeste da Ásia, África e América Latina (SOUZA et al., 2018). Na América Latina, 65% das mortes de mulheres ocorrem no Brasil, Colômbia e México. Somente no período de 2015 a 2018, esses três países responderam por 1.223.968 ocorrências de violência física contra mulheres (GIANNINI; COELHO, 2020), confirmando a tese de que no continente há um genocídio de gênero, com o “desenvolvimento assustador de novos métodos de ataque contra corpos femininos e feminizados” (SEGATO, 2021, p. 88). O Brasil se apresenta como um dos países nos quais ser mulher oferece riscos concretos, estando em quinto lugar

no ranking do mundo onde mais se matam mulheres em razão do pertencimento de gênero (SILVA; LOPES, 2021).

É visível que mulheres estão suscetíveis à violência nas mais diversas situações do dia a dia, sendo vítimas de pessoas próximas a elas. A vulnerabilidade feminina à violência doméstica ficou bastante exposta, por exemplo, durante a pandemia de Covid-19, ocasião em que em todos os países do mundo, independentemente de condições sociais, econômicas, culturais ou políticas apresentaram relatos de crescimento de agressões a mulheres pelos seus parceiros ou ex-parceiros. Vale reforçar que a pandemia não foi a causa dessa forma de agressão, mas tão somente deu visibilidade a ela (CHALLOUTS; TOLEDO; SILVA, 2020).

A violência por parceiro íntimo, conforme a literatura nacional e internacional, é considerada um problema de saúde prevalente em todo o mundo e afeta mais as mulheres do que homens (AZEREDO; SCHRAIBER, 2021; MILLER; MC.CAW, 2019; DICOLA; SPAAR, 2016; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, LIEBHUTZ; ROTHMAN, 2012).

Atualmente, a sociedade tem recebido com maior aceitação a ideia de que a violência compromete a saúde e a qualidade de vida das mulheres, mas essa conscientização demorou a ocorrer, segundo os estudos de Schraiber e colaboradores (2005). Por muito tempo, a violência contra as mulheres foi entendida como assunto de ordem privada ou, em casos extremos, caso de polícia. Por isso mesmo, ainda hoje existem profissionais da área da saúde com dificuldades para atender as vítimas de violência, não sabendo o que e como perguntar, deixando, assim, de oferecer um suporte precioso em um momento de crucial fragilidade dessas mulheres. Essa dificuldade se dá porque a violência, de fato, não é um tema da área da saúde, e suas manifestações não estão descritas nos quadros nosológicos tradicionais, isto é, na classificação científica das doenças, com suas características, quadros e sintomas tradicionais (SCHRAIBER et al., 2005). Segundo Minayo (2007), de fato, a violência não é um problema da saúde, porém, afeta muito a saúde, matando mais mulheres entre 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Por isso, a autora argumenta: interessa aos profissionais da área discutir o tema.

Somente na década de 1990, durante a 49.^a *World Health Assembly*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu as profundas implicações da violência sobre a saúde, com efeitos em médio e longo prazo, solicitando aos governantes que ensejassem máximos esforços no enfrentamento do problema em seus territórios, inclusive estimulando pesquisas sobre a violência como uma prioridade da área da saúde, além de alertar sobre a vulnerabilidade feminina a esses agravos (KRUG et al., 2002).

Desde então, estudos interdisciplinares vêm destacando que a exposição aos diversos tipos de violência causa às mulheres adoecimentos visíveis e invisíveis, tais como: fraturas, danos oculares, obesidade e mudanças bruscas de peso, cefaleias, síndrome do intestino irritável, distúrbio de estresse pós-traumático, fibromialgia, síndrome de dor crônica, aborto, retardo no desenvolvimento intrauterino, morte fetal ou materna, gravidez indesejada, infecção sexualmente transmissível, uso de álcool e drogas, suicídio e ideação suicida, anorexia, bulimia e diversos outros distúrbios (MILLER; MC.CAW, 2019; LIEBHUTZ; ROTHMAN, 2012; KRUG et al., 2002;). Além disso, de acordo com a OMS (2012), mulheres em situação de violência ficam mais dias de cama; passam por mais cirurgias; realizam mais consultas médicas; ficam mais tempo internadas; vão mais às farmácias e consultas de saúde mental, em relação àquelas que não vivem em um contexto agressivo (OMS, 2012).

Novas causas do adoecer também têm sido descritas como resultantes da violência de gênero em estudos da saúde em uma perspectiva feminista. Além das patologias que foram já identificadas no Relatório Mundial Violência e Saúde (KRUG et al., 2002), outros estudos destacaram íntima relação entre opressão de gênero e adoecimento feminino. Um exemplo são as contribuições de Bordo (1997) que, na perspectiva foucaultiana, entende o corpo como espaço político. A autora (1997) aponta que desordens alimentares, como a anorexia e a bulimia, podem ser uma reação aos modelos opressivos de feminilidade aos quais as mulheres são submetidas. Por meio de dietas muito restritas, as anoréxicas, de modo inconsciente, fariam dos seus corpos um instrumento de protesto aos valores patriarcais, desafiando o modelo estético feminino que prevê mulheres com formas sedutoras.

Outro exemplo se refere ao lúpus eritematoso, doença autoimune e de natureza psicossomática, que acomete especialmente mulheres (13 para cada homem). Mulheres lúpicas tornam-se “alérgicas” a si mesmas e a doença tem sido associada, principalmente, à relação familiar, sobretudo, a figura paterna. Nesses casos, observamos os efeitos do sentimento de culpa, na história e na tradição, associados ao universo feminino, e a estrutura patriarcal, como fatores que modelam identidades de gênero (LIMA, 2002; 2010).

De acordo com Lima (2002; 2010), que se vale de estudos psicanalíticos, a representação do gênero feminino se constrói na perspectiva do sujeito incapaz, de menor valor. Ao determinar a existência de uma “natureza feminina”, identificada com subordinação e fragilidade, as mulheres têm suas individualidades negadas, o que pode ser entendido como um elemento estressor e causador de adoecimento.

A violência de gênero está associada ainda à alta incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nas mulheres. Os TMCs causam sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e à ansiedade (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017). Afetam, ainda, a saúde e o bem-estar de seus filhos, além de trazer altos custos sociais e econômicos, elevando a demanda nos serviços de saúde. Estudos de Dhar, et al. (2018) e Martínez e Wasser (2019), apresentam alguns dados relacionados à saúde reprodutiva, depressão e ideação suicida de mulheres, associados à violência por parceiro íntimo.

A discussão sobre a violência contra as mulheres, na perspectiva da saúde, com a tomada de consciência de que ela é o resultado de relações assimétricas de gênero responsáveis por validarem modelos opressores de masculinidade, é uma pauta importantíssima para a área. Esse olhar mais holístico¹ permite que os profissionais tenham uma visão menos biologizante do processo saúde/adoecimento. Ademais, é importante às pessoas que atuam no setor de saúde receberem orientações sobre as garantias das mulheres, para entenderem o direito delas de viverem livres de toda forma de violência.

Ainda é preciso avançar, como evidenciam as estatísticas de feminicídios, lesões corporais dolosas, estupro, assédios e outros abusos. Desde 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil reconheceu a igualdade de direitos entre homens e mulheres, funcionando como estímulo para conquistas posteriores (BRASIL, 1988). No âmbito da saúde, foi sancionada a Lei da notificação compulsória em caso de atos violentos contra a mulher (Lei n.º 10.778/2003), que estabeleceu a obrigatoriedade dos profissionais do setor público, ou privado, notificarem, em todo o território nacional, casos com indícios ou confirmação de violência contra a mulher (BRASIL, 2003), mediante o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa ficha contém dados pessoais da mulher, tipologia da violência, dados da ocorrência e outras informações pertinentes. No entanto, muitos profissionais da área da saúde naturalizam a violência contra as mulheres; não a consideram um problema de saúde pública, desconhecem os dispositivos de enfrentamento disponíveis da rede e sentem medo de retaliações, por isso, optam por não notificar os casos.

¹ Considera-se um olhar holístico, aquele que observa e analisa áreas da vida de uma forma global, ou seja, considerando um todo, e não partes fragmentadas. Em saúde, a abordagem holística caracteriza-se como uma combinação de conhecimentos e de práticas de saúde que procuram abordar o ser humano nas suas dimensões física, psicológica, espiritual entre outras, apontando para uma visão interdisciplinar no processo saúde-doença (LEITE, 2019).

A subnotificação é um grave problema, uma vez que invisibiliza ainda mais a violência contra a mulher, além de não permitir o avanço da criação e melhora de políticas públicas de combate a este problema (KIND et al., 2013). A não inclusão do tema da violência nos cursos de saúde, além da percepção conservadora e tradicional de muitos profissionais sobre os papéis de gênero, são fatores que não contribuem para tornar os atuantes na área aptos a oferecerem um atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência (MENEGHEL; PORTELLA, 2017). Sem esse entendimento, muitos desqualificam a prática de notificação, subsidiárias de políticas públicas.

Oliveira e colaboradores (2018) destacam que a prática da notificação da violência contra as mulheres permite que a sociedade e os órgãos governamentais tenham uma dimensão mais global do problema e possam ter ações mais efetivas. Os mesmos autores, em um estudo que utilizou metodologia descritiva e qualitativa, apresentaram dados específicos da região Norte do Brasil, líder em casos de violência de gênero contra mulheres, extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificações (SINAN) (2018).

Um estudo realizado em um hospital de ensino do Paraná demonstrou características sociodemográficas de violência interpessoal com mulheres em idade fértil. Foi realizada uma pesquisa descritiva e qualitativa a partir de dados retirados do SINAN. De acordo com os resultados, o perfil do agressor era, predominantemente, uma pessoa do sexo masculino e as ocorrências aconteciam na residência da vítima (KASSIM et al., 2020), confirmando dados divulgados pela OMS (2021) de que os principais agressores das mulheres são seus parceiros ou ex-parceiros íntimos.

Outro estudo, dessa vez realizado no Distrito Federal e fundamentado na teoria interseccional, utilizou a análise documental regressiva de processos judiciais que registravam casos de feminicídios e dados das notificações no SINAN, tendo notado representações estereotipadas sobre as relações de gênero, além de hiper-representação de mulheres negras e pobres nas notificações (ÁVILA et al., 2020).

Além dessas investigações, merece destaque um estudo transversal e qualitativo que buscou compreender a violência física contra mulheres por meio do levantamento de dados de três bases nacionais: o SINAN; o Sistema de Informações Hospitalares (SIH); e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Avaliaram-se as agressões físicas contra mulheres ocorridas no ano de 2018, em comparação ao contexto da pandemia de Covid-19, utilizando, para isso, dados das internações ocorridas entre março de 2019 e agosto de 2020, em Minas Gerais. Os resultados apresentados apontaram que as mulheres em maior vulnerabilidade social, decorrente do desemprego, da baixa escolaridade e nível

socioeconômico precário, foram as mais afetadas e a violência doméstica foi o tipo mais comum (BORDONI et al., 2021).

Podemos dizer que todos esses estudos mencionados e outros contribuem para a criação e o aprimoramento das políticas públicas voltadas às mulheres. Qualificar os profissionais da área da saúde por meio de uma educação permanente sobre os direitos humanos das mulheres constitui um passo fundamental para o enfrentamento da violência, especialmente para aqueles(as) que atuam na atenção primária – porta de entrada das mulheres violentadas. Esse pensamento nos induziu à presente pesquisa, levando-nos a problematizar, por meio de dados quantitativos, quem são as mulheres vítimas de violência; e valendo-nos da abordagem qualitativa, conhecermos o que pensam os profissionais da saúde sobre essa forma de agressão.

Nesta pesquisa os estudos de gênero em interface com a saúde, seguem uma perspectiva decolonial nos estudos latino-americanos; proposta teórica que rompe com a visão europeia das questões sociais. A vertente teórica decolonial permite a compreensão e visibilidade de diversas opressões em razão da raça e gênero ao se desenvolver como uma crítica sobre o processo histórico de dominação e resistência especialmente das mulheres negras, indígenas e lésbicas. O termo descolonização, refere-se ao processo histórico das independências dos povos submetidos à colonização. Assim, feministas decoloniais, buscam compreender de que forma a imposição colonial continua determinando os modos de organização hierarquizados entre os gêneros, culminando em consequências para a vida de mulheres, como a violência, resultado de uma sociedade misógina e patriarcal (ARAÚJO; MATTOS, 2016).

Esta pesquisa está ancorada na linha de pesquisa “Educação e Tecnologias na Promoção da Saúde” e no projeto integrador “Promoção da saúde em diferentes ambientes, espaços e contextos de aprendizagem, assistência e trabalho”, do programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (Unicesumar).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as características das mulheres que enfrentaram situações de violência praticadas pelos parceiros ou ex-parceiros íntimos na cidade de Maringá-PR, ao receberem atendimento em serviços de urgência e emergência, entre 2015 e 2019.

2.2 Objetivos específicos

- Levantar os índices de violência em Maringá-PR, no período de 2015 a 2019, a partir dos dados da vigilância epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- Compreender como as representações da violência, elaboradas pelos profissionais da saúde, interferem no atendimento e na tomada de decisão de notificação no SINAN.
- Analisar as dificuldades do procedimento de notificação, segundo relato dos profissionais da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura se propõe a abordar a violência de gênero numa perspectiva histórica, atenta às mudanças e permanências tanto conceituais quanto práticas no mundo das mulheres. Partindo do entendimento de que gênero é uma construção social e histórica, não tendo caráter biologizante, discute os avanços jurídicos e as conquistas do movimento feminista, bem como apresenta as contribuições teóricas mais significativas para os estudos feministas e de gênero.

3.1 Violência de gênero: mudanças e permanências na história

Desde o final da década de 1980, os estudos da violência contra as mulheres têm sido realizados na perspectiva de gênero (BANDEIRA, 2014), conceito histórico desnaturalizador do que significa ser homem e mulher. Em um texto seminal intitulado “**Gênero: uma categoria útil de análise histórica**”, a historiadora norte-americana Joan Scott (1995), afirmava, no início dos anos 1990, que as desigualdades entre homens e mulheres eram construídas pela cultura e não determinadas pela biologia, criticando a existência de uma suposta natureza feminina. Para a autora, as mulheres não são naturalmente frágeis, dóceis, passivas, maternais, mas assim são pensadas/construídas, consistindo o gênero como uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995).

As considerações de Scott nos fazem lembrar o questionamento de Sojourner Truth², em discurso proferido na *Women’s Rights Convention*, nos Estados Unidos, em 1851:

Aquele homem lá diz que as mulheres precisam de ajuda para entrar em carruagens e atravessar valas, e sempre ter os melhores lugares não importa onde. Nunca ninguém me ajudou a entrar em carruagens ou a passar pelas poças, nem nunca me deram o melhor lugar. E eu não sou uma mulher? (TRUTH, 2014)

Anos mais tarde, Simone de Beauvoir seguiria o mesmo raciocínio ao afirmar que “Ninguém nasce mulher; torna-se mulher” (BEAUVOIR, 2000, p. 9). A partir da década de

² O discurso de Sojourner Truth está disponível, na íntegra, no Portal Geledés (2014): <<https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

1990 esta ideia foi cada vez mais aceita. Desde então, o campo de estudos de gênero ganhou cada vez mais consistência, com recortes teóricos da história social, do pós-estruturalismo, da psicanálise, subsidiando discussões imperativas para a vida das mulheres, a exemplo do tema da violência.

Scott (1995) pensou gênero como um primeiro modo de dar significado às relações de poder e outra contribuição sua foi compreender que nenhum estudo sobre as mulheres pode ser feito sem estudos sobre os homens, demonstrando o caráter relacional do conceito de gênero. Também destacou como a sociedade heteronormativa cria marcas claras do que é ser homem/superior e ser mulher/inferior, assegurando a estes primeiros o direito sobre o corpo e a vida das mulheres, inclusive pelo uso da violência.

A violência contra as mulheres, mais comumente denominada de violência de gênero, resulta das desigualdades sociais, econômicas e políticas, reforçadas por ideologias sexistas, racistas, classistas, de dominação e de exclusão ao longo da história (SAFFIOTI, 2001), ou seja, papéis sociais que são impostos às mulheres e também aos homens, de modo a legitimar relações assimétricas de poder entre os sexos. Na perspectiva de gênero, a vulnerabilidade feminina à violência não resulta de dados biológicos e naturais, mas de um processo de socialização que inferioriza todos os elementos e aspectos ligados ao feminino e legitima as agressões às mulheres e às meninas, fundamentados em textos sagrados, discussões filosófico-religiosas e discursos científicos (TELES; MELO, 2003).

No Brasil, a cultura patriarcal que se instaura desde os primeiros momentos da colonização legitimou o poder dos homens sobre os corpos e destinos das mulheres. Aquelas que ousassem se insurgir contra o autoritarismo masculino sofria as consequências dessa rebeldia. Nesse contexto, a violência contra as mulheres não só era aceita, mas também entendida como questão de ordem privada, não cabendo ao Estado intervir na vida íntima dos casais. De certa forma, não é de todo equivocado dizer que há permanência desse pensamento, resultado de uma cultura patriarcal que ganhou novos contornos, mas ainda é profundamente legitimadora da desigualdade entre os sujeitos masculinos/femininos, dificultando, inclusive, a punição dos abusadores.

As representações sobre as mulheres são profundamente desvalorativas e isso legitima que o corpo feminino seja tocado, abusado, assassinado, com o agravante de acontecer, não

raro, à luz do dia, aos olhos e vistas de muitos e muitas³ cuja preferência é, quase sempre, é a de não se envolver. Casos de violência contra as mulheres extrapolam os muros privados e alcançam lugares que, pretensamente, pareciam improváveis, como as universidades. Há relatos dessa situação no Brasil, na Colômbia, nos Estados Unidos e no Reino Unido (BARRETO, 2022).

A ideia de que “em briga de marido e mulher não se mete a colher” ainda está presente no imaginário popular; resultado de um longo processo de validação dos direitos dos homens, tendo o seu auge nas Ordenações Filipinas – conjunto de normas jurídicas em vigência no Brasil entre os anos de 1603 até sua revogação pelo Código Civil, em 1916 (DIAS, 2001).

As Ordenações outorgavam ao homem o direito de matar as suas parceiras em caso de adultério, em legítima defesa da honra. Curiosamente, esse direito só existia se o marido não fosse pobre e/ou a adúltera não estivesse se relacionando, de forma extraconjugal, com um homem de posses. Assim, a posição econômica do marido e do amante eram elementos fundamentais para justificar ou não o crime (DIAS, 2001).

Os códigos penais de 1830 e 1890 pouco avançaram em relação aos direitos das mulheres, que estavam divididas em “honestas” e “desonestas”. Em caso de estupros ou relações sexuais antes do casamento, essa divisão era bastante importante, porque, caso a vítima fosse classificada como “desonesta”, notadamente prostituta, não havia punição ao agressor. Segundo Dias (2001), o fim da escravidão, a urbanização, a chegada de imigrantes com novos valores e costumes pouco refletiram no Código de 1916, que manteve o modelo patriarcal de família, inclusive assegurando ao homem o direito de anular o casamento caso desposasse, sem o saber, uma mulher desvirginada.

Infelizmente, séculos de legitimação de violências e abusos ficaram cristalizados na cultura brasileira e ainda hoje se fazem sentir; como evidenciam o número de mulheres agredidas, assediadas, estupradas e mortas. Mesmo atualmente existindo leis que regulem as relações de gênero para torná-las mais simétricas, o Brasil ainda precisa avançar muito nessa

³ Vale aqui lembrar os vários casos de assédios em transportes públicos, como tem sido mostrado nas mídias. Mulher é assediada no ônibus e vídeo vai parar em site pornô: "Estou sem chão", disponível em Mulher é assediada no ônibus e vídeo vai parar em site pornô: "Estou sem chão" | Lifestyle | Glamour (globo.com); Vídeo flagra assédio sexual em ônibus de SP, disponível em Vídeo flagra assédio sexual em ônibus de SP - RecordTV - R7 Cidade Alerta; e, ainda, Transporte público é mais propício a assédio para 4 em cada 10 mulheres, disponível em Transporte público é mais propício a assédio para 4 em cada 10 mulheres - Notícias - R7 São Paulo.

questão, buscando a equidade em relação ao masculino e ao feminino, e o fim das violências contra as mulheres. Essa luta vem ocorrendo pelos movimentos feministas e pelos grupos comprometidos com a causa.

Atualmente há grande diversidade de demandas na luta das mulheres levando a que não se fale mais em movimento feminista, mas movimentos, no plural. Há, como se vê no título da obra de Heloísa Buarque de Hollanda, uma “explosão feminista”: feminismo negro, indígena, asiático, transfeminismo, lésbico, radical, protestante (HOLLANDA, 2020). Apesar desta diversidade, Hollanda vê a pauta da violência como um elemento que unifica todas as diferentes correntes.

As mulheres nunca se submeteram passivamente à opressão de quaisquer natureza. No século XIX, no chamado feminismo de primeira onda, as demandas estiveram mais voltadas às conquistas de direitos no âmbito da vida pública: trabalho remunerado, educação e direito de votar e serem votadas. Na década de 1960, na segunda onda do feminismo, as reivindicações ganharam contornos mais particularizados. Sob o slogan “Nosso corpo nos pertence”, as pautas de luta estiveram centradas em questões como: aborto; fim da virgindade compulsória para o casamento; e sexo livre, que ganhou impulso com o surgimento da pílula anticoncepcional (ALVES; PITANGUY, 2022).

As lutas no Brasil não tiveram a mesma ênfase quanto àquelas travadas por feministas norte-americanas e europeias, e embora essas questões mais íntimas não tenham sido silenciadas, permaneceram postas em pequenos grupos privados de mulheres que visavam refletir sobre suas condições de opressão e que se convencionou chamar, eufemisticamente, de “feminismo bem-comportado” (HOLLANDA, 2019, p. 11).

Além do mais, em função do regime político ditatorial, em vigor no país a partir de 1964, as demandas das mulheres foram convertidas para a luta pela democracia, nessa conjuntura, estavam envolvidas, principalmente, professoras e alunas de universidades. Conquanto as mulheres das camadas populares também se organizassem, elas se distinguiram das feministas, uma vez que traziam demandas voltadas, especialmente, para a resolução de seus problemas cotidianos: controle dos preços de produtos alimentícios, escolas, creches, saneamento básico, água potável, calçamento dos bairros, empregos para si mesmas e/ou seus maridos e companheiros, ampliação e melhoria dos meios de transporte etc. (TELES, 2017; ALVES; PITANGUY, 2022).

A terceira onda feminista evidenciou a alteridade no mundo feminino, destacando as subjetividades de cada mulher e as particularidades de suas condições de vida, levando a que se falasse em estudos das mulheres ou estudos de gênero e não estudo da mulher. Por fim, já

se fala numa quarta onda do feminismo: “A emergência de uma nova consciência feminista ligada ao aparecimento e apropriação das mídias digitais é o principal traço da quarta onda feminista (MARTINEZ, 2021, p.2).

Nos últimos tempos, o movimento feminista tem sido muito criticado, acusado de ter deixado de lado necessidades e opressões vividas por mulheres negras, pobres, moradoras do sul global, o que fez muitas mulheres latinas, africanas, imigrantes na Europa ou Estados Unidos não aderirem a ele. Como dito por hooks (2019 p. 27), em seu país, “[...] o feminismo nunca foi protagonizado pelas mulheres que mais sofrem com a opressão sexista [...]”.

Para bell hooks (2019), as mulheres negras têm um histórico de revolta muito mais na perspectiva de opressão de classe do que de gênero. Além disso, afirma, sentimentos hostis em relação aos homens alienaram muitas mulheres pobres, operárias e não brancas, do movimento feminista. Assertivamente, segundo hooks (2019), nem todos os homens se beneficiam do sexismo, isso porque, mulheres brancas e burguesas, por exemplo, possuem maior poder e privilégios e estão menos sujeitas à exploração, quando comparadas aos homens pobres, sem instrução e de cor.

No Brasil, Lélia Gonzáles seguiu esse mesmo raciocínio e foi bastante crítica ao feminismo *mainstream*, alertando para as especificidades das mulheres da periferia, tornando-se pioneira na defesa de um feminismo afro-latino-americano (GONZÁLES, 2020).

A acusação do esquecimento das especificidades do mundo das mulheres tem muita potência, em especial, do grupo de feministas ligadas ao movimento negro e decolonial, a exemplo de Anzaldúa, que alerta “[...] minhas queridas hermanas, os perigos que enfrentamentos como mulheres de cor não são os mesmos das mulheres brancas, embora tenhamos muito em comum” (ANZALDÚA, 2000, p. 229).

São observações importantes para um debate muito enriquecedor a ser verificado com cautela, sem desqualificar o feminismo por conta de seus desacertos, reconhecendo que a invisibilidade das experiências de mulheres de outras raças, etnias, classes sociais, geração, pertencimento geográfico, entre outros fatores, efetivamente diminuiu a potência do movimento feminista, mas não anula seu potencial revolucionário.

Não se pode negar, portanto, a luta das feministas em prol de um mundo menos injusto na perspectiva de gênero. Vale ressaltar, por exemplo, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), em 1979, e a IV Conferência de Beijing, em 1995. Ambas reconheceram os direitos das mulheres como

direitos humanos e tiveram grande importância, uma vez que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, havia apresentado uma visão clássica de violação dos direitos, não atentando para as especificações por gênero e as experiências específicas das mulheres (ROMIO, 2013).

No âmbito nacional e de regulamentação, têm destaque na luta contra a violência às mulheres a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, no Capítulo I, art. 5.º, inciso I, ao afirmar que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações (BRASIL, 1988); a criação do Juizado Especial Criminal (JECRIM), conforme a Lei n.º 9.099, de 26 de setembro de 1995, objetivando, quando possível, a reparação dos danos sofridos pela vítima e a aplicação de penas não privativas de liberdade (BRASIL, 1995). Embora a possibilidade de pagamento de cestas básicas pelas injúrias cometidas contra as mulheres não tenha sido uma reparação desejável, ao menos permitiu que se caminhasse para conquistas futuras mais consistentes, a exemplo da Lei n.º 11.340/2016 e da Lei n.º 13.104/2015, respectivamente Lei Maria da Penha e Lei do Feminicídio (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

Especificamente no âmbito da saúde, merece destaque a Lei n.º 10.778/2003, que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória, em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde público ou privado (BRASIL, 2003). Mais recentemente, essa regulação foi alterada pela Lei n.º 13.931/2019, que estabelece a obrigatoriedade dos profissionais da saúde comunicarem às autoridades policiais, no prazo de 24 horas, os casos de indícios ou de confirmação da violência contra as mulheres (BRASIL, 2019).

É importante destacar que a Lei n.º 10.778/2003 tinha caráter preventivo e, ainda assim, muitos profissionais se sentiam pouco seguros em realizar o procedimento, levando à subnotificação (KIND et al., 2013). A Lei n.º 13.931/2019, por sua vez, tem caráter de denúncia, tornando-se plausível supor efeitos negativos sobre a notificação, considerando a possibilidade de os profissionais se sentirem intimidados em registrar o ocorrido, com graves prejuízos à luta contra violência. Vale lembrar que as notificações são instrumentos muito importantes para o levantamento de dados epidemiológicos, proporcionando a possibilidade de identificação das necessidades das mulheres de comunidades específicas, além de subsidiar políticas públicas mais potentes.

Dando continuidade à amostra de ações que buscam coibir a violência, temos a aprovação, em 2001, no governo do presidente Luís Inácio da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e

Violência (PNRMAV), instituída pela Portaria MS/GM N°737, de 16 de maio de 2001, com distinção entre acidentes (não intencional) e violência (intencional). Seus princípios foram os mesmos que orientavam o Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde como um direito fundamental e requisito para o desenvolvimento social e econômico; o respeito à vida como valor universal e ético; e a promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências e acidentes (BRASIL, 2001a).

Após a PNRMAV, criaram-se as condições para, em 2006, o governo apresentar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), documento que defende práticas sociais centradas na equidade, na participação popular, no intuito de reduzir as desigualdades, respeitando as diferenças de gênero, de classe, de orientação sexual e de identidade de gênero, entre outras, no sentido de reforçar, em suas diretrizes, a garantia dos direitos humanos e da justiça social (BRASIL, 2006b).

Frente ao exposto, destaca-se a validade da presente pesquisa. Ao optarmos pela metodologia mista, é possível o acesso não apenas dados matematizáveis das mulheres que sofreram violências praticadas por seus parceiros íntimos, mas, também, ao utilizarmos entrevistas, conseguimos obter as representações dos profissionais da saúde sobre o conceito de violência contra mulheres praticada por seus parceiros íntimos.

Segundo o conceito de representação social, as pessoas não constroem seus entendimentos sobre os aspectos da vida de modo individual, independente, visto que estão imersas em um dado contexto histórico que envolve amplos aspectos da sociedade (normas, costumes, valores, tradição, etc), onde as ideias se formam e circulam coletivamente. Moscovici nomeou estes processos de ancoragem e objetivação. O processo de ancoragem constitui uma tentativa dos indivíduos entenderem novas ideias buscando no seu universo de memória alguma coisa que já conheça e que poderá lhe auxiliar na compreensão do que é novo e, até então, desconhecido. A objetivação, por sua vez, é o processo de classificação e nomeação do que, até então, não se conhecia, pois ao nomear alguma coisa nós a inserimos no universo de nossa cultura e a tornamos inteligível (MOSCOVICI, 2015).

Mas, alerta, o surgimento de novas ideias não significa necessariamente que as velhas deixem de existir. Por isso, preconceitos e estereótipos convivem com o novo (SÊGA, 2000). A construção cultural sobre ser homem e ser mulher estabelece assim papéis que modelam comportamentos. Embora, no momento presente, os papéis de gênero apresentem muitas variações, não se desconstruíram todos os estereótipos e preconceitos contra as mulheres, julgadas, pela tradição, como inferiores ao sujeito masculino. Esse olhar, além de injustificável, reforça desigualdades e contribui para sustentar violências.

Essa proposta metodológica mista, viabiliza um entendimento mais amplo sobre as dificuldades dos profissionais da saúde no trato da violência, um tema transversal que, apesar de não ser inerente à área da saúde, impactam decisivamente sobre o bem-estar físico, mental e social, com efeitos que, segundo Minayo e Schenker, (2018a, p. 34), “são devastadores”.

Partimos da hipótese de que o despreparo dos profissionais da saúde, devido à ausência de disciplinas da área de humanidade em sua formação, e a persistência de um modelo biomédico na área da saúde reforçam as dificuldades de enfrentamento da violência contra as mulheres, ainda mais em um país estruturalmente marcado pelo sexismo. Vale lembrar, ainda, que ao sexismo se associam o racismo, o capacitismo, a lesbofobia e outros sujeitos em condições diversas, cujas vidas são vistas como precárias (BUTLER, 2011).

3.2 Violência contra a mulher

Ao longo dos anos, a violência contra a mulher recebeu diferentes denominações. Inicialmente, foi designada como intrafamiliar, conceito que não se referia apenas ao espaço físico onde a violência pode ocorrer, mas também às relações nas quais a vítima estava inserida. Quando se fala em violência intrafamiliar, deve-se considerar qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros (BRASIL, 2001b).

A partir da década de 1960, movimentos feministas passaram a dar maior visibilidade social às formas de discriminação e de violência contra as mulheres, por meio da construção de uma agenda política, a qual era orientada pelos princípios da igualdade e da equidade de gênero e do respeito à dignidade da pessoa humana (BARSTED, 2016). Essa agenda exigia o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direito e com necessidades específicas, as quais deveriam ser atendidas pelas políticas de Estado. Com a influência dos grupos feministas, em 1967, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher.

Em 1975, ocorreu no México a I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher. Nesse evento, a ONU proclamou o Ano Internacional das Mulheres, visando conscientizar a discriminação contra as mulheres no mundo. Em 1979, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, responsável por criar orientações normativas, além da definição do conceito de discriminação. Nessa ocasião, entendeu-se que a distinção e a segregação por

conta de sexo/gênero e raça/etnia produziam vulnerabilidades maiores para determinados grupos (BARSTED, 2016).

Esse processo demandou a promoção de uma *advocacy* feminista⁴ voltada para o empoderamento das mulheres. Nesse momento, a busca legislativa significava o rompimento com a lógica patriarcal da subordinação feminina, como passo inicial do feminismo no país (BARSTED, 2016).

Em 1975, no Rio de Janeiro, ocorre o Seminário sobre o Papel e Comportamento das Mulheres na Sociedade Brasileira, do qual nasce, naquele mesmo ano, o Centro da Mulher Brasileira. É naquele momento que surge, também, uma imprensa feminista e os primeiros jornais dirigidos às mulheres e feito por mulheres chamados: Nós Mulheres, Brasil Mulher, Mulherio, entre outros. Esses jornais eram instrumentos de divulgação de coletivos de mulheres organizadas e, como tal, davam cobertura a assuntos não veiculados pela imprensa oficial na época, devido à intensa censura política, e refletiam o pensamento político da militância feminista (ALVES; PITANGUY, 2022).

Na década de 1980, de modo mais objetivo, passou-se a usar o termo violência contra a mulher. Esse período é marcado pela expressiva atuação dos movimentos feministas e grupos de mulheres, que se reuniam e organizavam propostas específicas contra a violência relacionadas, a exemplo, a desigualdade legal nas relações familiares e de trabalho, desigualdade salarial, ausência da regulação da fertilidade, dificuldade de acesso a serviços de saúde eficientes entre outros, durante o processo de redemocratização do Brasil (ALVES, PITANGUY, 2022). Criou-se, em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), que a partir de seus movimentos, incluiu na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, um parágrafo, no artigo 226, a respeito da família, exigindo mecanismos e instrumentos para auxiliar na defesa dos direitos das mulheres em situação de violência.

As mulheres lutaram pela criação e pela ampliação das delegacias de mulheres, abrigos, centros de referência e de serviços de saúde voltados para as vítimas de violência sexual. Espaços onde as mulheres deveriam ser acolhidas sem sofrer preconceito e julgamentos por uma equipe especializada e qualificada. Um resultado efetivo destas reivindicações foi a criação da primeira Delegacia da Defesa da Mulher, em 1985, na cidade de São Paulo, (BARSTED, 2016; MACHADO et al., 2020).

⁴ Conforme Libardoni (2000), *advocacy* feminista na América Latina é um fazer nitidamente político que requer rediscutir o papel do Estado e da sociedade civil na construção democrática e ao mesmo tempo exige repensar as estratégias de incidência feminista na promoção das transformações políticas, econômicas e culturais. Informação disponível em: <<https://doi.org/10.1590/%25x>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

No decorrer da década de 1980, passa a ser utilizado mais frequentemente o termo violência doméstica ao invés de violência intrafamiliar, incluindo a agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamento de controle (WHO, 2021). Na década seguinte, a luta pelo fim violência contra as mulheres se mantém, e com o avanço dos estudos na perspectiva de gênero, recebe o nome de violência de gênero (REZENDE et al., 2007).

Em decorrência da conscientização de que a violência de gênero viola os direitos humanos, em 1994, ocorreu, em Belém do Pará, a Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres. Conforme discutido nesse encontro, “[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” caracteriza violência (BRASIL, 1996). A Convenção estabeleceu-se como um marco jurídico⁵ importante para a elaboração da Lei Maria da Penha.

Na década de 2010, a *advocacy* feminista passa a ter como alvo o Poder Judiciário, questionando não unicamente o fenômeno da violência contra as mulheres, mas, em específico, a impunidade dos agressores, o difícil acesso das mulheres à justiça, incluindo as denúncias de assédio sexual, até então naturalizado na cultura brasileira. Podemos tomar como exemplo a “cantada”, que pode ser caracterizada como um assédio verbal. Tornar efetiva a proteção às mulheres exige um olhar capaz de compreender que as “pequenas” práticas cotidianas de violência dão sustentação a outras formas de agressões, reconhecidas pela sociedade como preocupantes (SILVA, 2018).

Recentemente, a Lei n.º 14.188, de 28 de julho de 2021, veio dar contornos mais rígidos a atos de violência psicológica. A referida Lei define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a violência doméstica, no intuito de viabilizar a assistência e a segurança à vítima, a partir do momento em que houver sido efetuada a denúncia por meio do código “sinal em formato de X”, preferencialmente feito na palma da mão e na cor vermelha, conforme já estabelecido pela Lei n.º 11.340/2006 (Maria da Penha), em alteração ao Código Penal de 1.940. A mudança possibilitou passar a pena de lesão corporal simples contra a mulher por razão da condição do sexo feminino para o tipo penal de violência contra a mulher (BRASIL, 2019).

⁵ Atos iniciantes para instituição de Leis e Portarias, que buscam expressar ou alcançar um ideal justo, mantendo e regulando a vida em sociedade. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/juridico/>>. Acesso 22 dez. 2022.

Ainda, o artigo 147-B, da Lei n.º 14.188, estabelece pena de reclusão de seis meses a dois anos de detenção, acrescido de multa, a quem causar dano emocional à mulher, prejudicando o desenvolvimento dela ou degradando suas ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio capaz de lhe causar prejuízo, quanto à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2021).

Apesar de todos os esforços, a violação dos direitos das mulheres, no Brasil, ainda apresenta alta incidência. A título de comparação e análise do número de mulheres agredidas no país ao longo dos anos, em 2014, 4.757 mulheres foram vítimas de mortes por agressão. Em 2015, ano em que foi promulgada a Lei que tornou o homicídio de mulheres um crime hediondo, 4.621 mulheres foram assassinadas (CERQUEIRA, 2016). Em 2016, 4.645 mulheres foram mortas no Brasil. No ano seguinte, um total de 4.936 foram mortas, abarcando 13 assassinatos por dia. Em 2018, o número caiu, foram 4.519 assassinatos de mulheres, atingindo, especialmente, as não negras. A análise por raça demonstra o quadro de racismo da sociedade brasileira, pois, enquanto a taxa de assassinatos de mulheres não negras caiu 11,7%, a de mulheres negras cresceu 12,4% (CERQUEIRA, 2017; 2018). Em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil, mantendo-se o diferencial por raça, 66% das vítimas eram negras (CERQUEIRA, 2020; 2021).

Observa-se que uma característica do país é a associação entre sexismo e racismo, elementos estruturantes da sociedade brasileira (ROMIO, 2013). A maior vulnerabilidade da mulher negra à violência vem se mantendo conforme os últimos estudos apresentados anualmente no Atlas da Violência. Em 2020, entre as vítimas de feminicídio, 61,8% eram negras, 36,5% brancas, 0,9% amarelas e 0,9% indígenas. Quanto às vítimas dos demais homicídios femininos, 71% eram negras, 28% eram brancas, 0,2% indígenas e 0,8% amarelas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021), e de novo, há potencialmente riscos maiores para as que são negras, pobres, menos escolarizadas e moradoras de zonas periféricas (SILVA et al., 2020).

A partir do exposto, podemos dizer que estamos diante de uma clara demonstração de interseccionalidade das opressões (AKOTIRENE, 2019; VERGÉS, 2021), inclusive com participação direta do Estado na promoção dessas violências, como tem denunciado Vergés (2021).

Vale ressaltar que os dados apresentados pelo Atlas da Violência 2021 não fizeram distinção entre morte por questões de gênero e mortes por outros motivos, como conflitos

urbanos, por exemplo. Consideramos que esta junção dos dados compromete os estudos da violência de gênero.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), utilizando dados registrados no SINAN, e também entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde que já tenham atendido mulheres em situação de violência, na perspectiva da história oral (PORTELLI, 2016; ALBERTI, 2004)

O estudo tem ainda caráter descritivo, utilizando como base a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória de todos os casos de violência contra as mulheres ocorridas no território nacional, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados; e a Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019), responsável por instituir aos casos em que houver indícios, ou confirmação de violência, a obrigatoriedade de serem comunicados à autoridade policial, no prazo de 24 horas.

4.2 Delineamento amostral

O estudo foi realizado pelo levantamento de dados da vigilância epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes à cidade de Maringá-PR, no período de 2015 a 2019. O período selecionado deve-se ao fato de que, foi a partir de 2015 que os dados passaram a ter uma maior sistematização, através da atualização da ficha de notificação com inserção de novos campos (orientação sexual, identidade de gênero, motivação da violência, ciclo de violência do provável autor da violência, encaminhamentos), e da publicação do Manual Instrutivo que possui como objetivo subsidiar aos profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados, além da disponibilidade dos dados já inseridos no SINAN. Foi excluído o período de pandemia da Covid-19, por se considerar que o isolamento social, proposto pela OMS como medida de contenção do vírus, teve impacto nas notificações. Foram

selecionadas como variáveis de estudo os dados constantes na ficha de notificação, tais como idade, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, entre outras, conforme o modelo em anexo (Anexo A). Os critérios de inclusão abrangem casos notificados de mulheres em situação de violência, praticada pelo seu parceiro ou ex-parceiro íntimo, maiores de 18 anos,

Foram, também, realizadas entrevistas com 15 profissionais da área da saúde. Para selecioná-los, optamos por escolher aqueles que desenvolvem suas atividades nas unidades com maior número de notificações de violência contra mulheres no município, sendo elas: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Sul, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte e Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). Os critérios de seleção dos entrevistados foram: ter, no mínimo, um ano na unidade de saúde e ter realizado, ao menos, uma notificação de violência contra uma mulher. Os critérios de exclusão abrangeram aqueles(as) que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

4.3 Coleta de dados

A primeira fase constituiu no levantamento dos dados de notificação de violência contra as mulheres por parceiros e ex-parceiros íntimos, registrados no SINAN. Os dados são inseridos no SINAN por profissionais designados, podendo ser estes da esfera federal, estadual e municipal. A apresentação de tabulação dos dados gerais, a exemplo, número total de notificações no município, são de acesso livre pelo DATASUS, de forma *online*. Para que pudéssemos ter acesso a dados mais específicos, como referentes às informações sociodemográficas das mulheres vítimas de violência, foi necessária a solicitação de autorização à Secretaria de Saúde de Maringá-PR, especificamente no setor de epidemiologia. Os dados foram coletados no mês de abril de 2022.

A segunda fase compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os meses de junho e agosto de 2022. Embora tivéssemos um roteiro pré-elaborado de perguntas, podemos afirmar que o trabalho envolvendo narrativas orais não se faz de modo mecânico, mas sim antes um diálogo (PORTELLI, 2016), sustentado, prioritariamente, na confiança presente em qualquer encontro. Isso é tanto mais verdadeiro quando se trabalha um tema doloroso como a violência e que, certamente, marca os profissionais atuantes na área.

O HUM é uma unidade pública com atendimento totalmente voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e é caracterizado como um hospital geral que realiza atendimentos ambulatoriais, de média e alta complexidade. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS),

por sua vez, prestam atendimento de urgência e emergência adulto e infantil 24 horas, além de coletas laboratoriais, raios-X, eletrocardiograma, possuindo também leitos de observação e farmácia.

Ir a campo é lançar-se em um mundo de possibilidades. As entradas foram antecedidas por contatos com os gerentes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com a Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA) do HUM, que autorizou acesso aos setores do pronto atendimento e ambulatório.

Os profissionais foram convidados a participar. As entrevistas ocorreram no próprio local de trabalho, para facilitar o contato. Antes de serem entrevistados, foram informados quanto aos objetivos do estudo, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Diante do aceite, foi solicitada a assinatura do TCLE e, em seguida, iniciada a entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas e depois transcritas, na íntegra. Foi garantida aos participantes uma cópia do TCLE, devidamente assinada pela pesquisadora e pelo entrevistado. Do total, 15 profissionais da saúde aceitaram participar da pesquisa. Houve pouca recusa, sendo mais habitual a justificativa de falta de tempo, uma vez que as entrevistas ocorreram durante o período de trabalho.

Para deprendermos se a notificação tem sido realizada ou não por esses profissionais, além de compreendermos o entendimento deles a respeito da violência contra as mulheres, abordamos, nas entrevistas, perguntas que remetessem à temática e abrangessem as representações de violência de gênero, os tipos de violência, as práticas e a experiência no trabalho com situações de agressividade, o conhecimento sobre as leis de direitos das mulheres, e os sentimentos em relação ao registro do ocorrido. A proposta permitiu, assim, que o entrevistador pudesse explorar as vivências e conhecesse as dificuldades do trabalho a ser realizado nessa conjuntura.

O tratamento do conjunto dos dados epidemiológicos relacionados à violência contra as mulheres e às percepções dos profissionais de saúde sobre a notificação no contexto em que atuam possibilitou a construção das respostas aos objetivos deste trabalho.

Para garantir a confidencialidade da identidade dos participantes, foram utilizados pseudônimos no local do nome dos profissionais entrevistados. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), sob o parecer nº 5.502.439, atendendo à resolução n.º466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

4.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados quantitativamente, utilizando-se o Excel para elaboração de tabelas. Qualitativamente, a transcrição das entrevistas foi submetida à análise de conteúdo sob a perspectiva de Bardin (2016). A análise de conteúdo permite verificar num universo de narrativas a regularidade de determinados temas; comparar representações em grupos de indivíduos; as regularidades nas falas, seguindo fases distintas e complementares.

A análise é composta, segundo Bardin (2016), pelas seguintes fases: pré-análise; exploração do material; análise dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise e exploração do material, as narrativas foram lidas de forma exaustiva gerando familiaridade e permitindo perceber a dominância de conceitos e ideias-chave. Estas foram transferidas para fichas temáticas e deram ensejo ao estabelecimento das categorias, sendo: i) tipos de violência predominante; ii) o olhar biomédico; iii) as crenças pessoais; iv) rede de cuidados; v) notificação *versus* denúncia; vi) educação permanente e rotatividade dos profissionais e vii) características das mulheres atendidas.

Não se tratou de apenas listar palavras e procurar entendê-las a partir de uma ordem numérica, ou seja, perceber unicamente quantas vezes foram ditas esta ou aquela expressão. Buscou-se antes adotar uma perspectiva hermenêutica⁶ de compreensão das falas numa tentativa de captar as experiências vividas; entendendo que o conceito de experiência é fulcral para trabalhos que se valem da oralidade, da memórias e das narrativas (ALBERTI, 2004).

Os dados resultantes da pesquisa empírica foram interpretados à luz das teorias contemporâneas de gênero, em uma interface com os estudos da saúde, tomando como subsídio autoras como Scott (2017) e Schraiber (2005), especialmente, mas também Minayo (2018) e Saffioti (2001).

⁶ Possibilidade metodológica potencializadora de mobilidade nas pesquisas em saúde, caracterizada como um processo de entendimento presente na experiência de vida em que a linguagem escrita, falada ou simbólica assume o papel de dar significação para o conjunto de uma história (GADAMER, 2007).

5 RESULTADOS

O município de Maringá está localizado no estado do Paraná e possui uma população estimada de 436.472 habitantes, conforme o último Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010). A soma entre os dados quantitativos da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e as entrevistas realizadas com profissionais da saúde nos permite conhecer as principais características das mulheres que enfrentaram situações de violência praticadas pelos parceiros ou ex-parceiros íntimos na cidade, ao receberem atendimento em serviços de urgência e emergência, entre 2015 e 2019.

Antes de apresentarmos os resultados e discuti-los, é necessária a explicação do instrutivo que orienta o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, para elucidação e maior entendimento dos dados.

O instrutivo tem como objetivo subsidiar os(as) profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados (BRASIL, 2016). A ficha de notificação (Anexo A) possui 10 blocos para preenchimento. O item 56, referente aos Dados Complementares, no campo Violência/Tipo de Violência, apresenta as terminologias estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal.

Para o preenchimento, há ainda, em alguns blocos, como respostas, as opções “ignorado”, em referência à pessoa/vítima inconsciente, ou ao fato de que a pessoa não soube informar; “não se aplica”, para pessoas com idade inferior a 6 anos, ou apresentando comprometimento mental, como, por exemplo, paralisia cerebral moderada ou grave; e por fim, “em branco”, para a falta de preenchimento pelo profissional. Quando a violência envolve mais de uma vítima, deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual para cada vítima. Para casos em que a vítima sofre formas distintas de violência, causadas por abusadores diferentes, também são exigidas duas fichas de notificação.

Alguns campos são ainda determinados como de preenchimento “obrigatório” (quando a ausência de dados impossibilita a inclusão dos dados no SINAN), “essencial” (não é obrigatório, porém registra dados necessários à epidemiologia) e “chave” (identifica o registro no sistema). O campo relacionado ao Agravado/Doença já vem preenchido com o

código Y09, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), caracterizado como agressão por meios não especificados.

Ainda que o presente trabalho diga respeito às mulheres adultas, a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória também para vítimas crianças e adolescentes, não tonando possível ignorar essa população, por motivos de impossibilidade do próprio sistema do SINAN no momento de fornecimento dos dados para o estudo em questão. Dessa forma, em sua apresentação, a faixa etária utilizada nos casos de violência contra crianças e adolescentes é a adotada pela Vigilância de Violências e Acidentes, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual define como crianças a faixa de 0 a 9 anos, e adolescentes de 10 a 19 anos.

A importância dada ao enfrentamento da violência e aos seus dados epidemiológicos teve seu início com a elaboração da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, em 2001. Essa política possui como pressuposto a articulação intrasetorial e intersetorial, bem como tem por prioridade a estruturação inicial do trabalho de vigilância das violências e acidentes, implementando as notificações (BRASIL, 2001a).

Os instrumentos, protocolos e fluxo para notificação em casos de violência contra a mulher foram regulados pela Portaria n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004 (BRASIL, 2004). Em 2009, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), que foi dividido em dois tipos: vigilância contínua, responsável pela captação de dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde; e vigilância sentinela, responsável pelas pesquisas por amostragem, ou seja, de informações sobre violência e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

Os dois sistemas de vigilância citados utilizam como instrumento a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme o Anexo A. A notificação deve ser feita em casos suspeitos ou confirmados de violência, devendo ser preenchida em duas vias, então, uma deve ficar na unidade notificadora, e a outra será encaminhada para a Vigilância Epidemiológica do respectivo município, que deverá realizar a digitação e a consolidação dos dados e, posteriormente, encaminhar para as respectivas Secretarias de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Após essa contextualização, vamos apresentar os dados encontrados a respeito da mulher e do episódio de agressão, considerando, para isso, o índice de violência nos bairros; a faixa etária; a cor/etnia; a escolaridade; a presença ou não de alguma deficiência ou

transtorno; se gestante ou não; e as características da violência e do responsável por causá-la à vítima. Ainda, na sequência, apresentaremos o perfil do profissional que atua nos atendimentos das mulheres vítimas de violência.

A Tabela 1 apresenta as variações da violência no período elencado. Foram 276 no ano de 2015; 305 em 2016; 327 em 2017; 324 em 2018; e 299 em 2019, resultando em um total de 1.531 notificações.

Tabela 1 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por ano de atendimento 2015-2019

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	Total
N.º de Notificações	276	305	327	324	299	1.531

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

A Tabela 2 apresenta os bairros em que mais ocorreram violência no município de Maringá-PR, entre os anos de 2015 a 2019. Correspondem a esse aspecto 5 bairros, sendo eles Jardim Alvorada, com 103 casos; Vila Morangueira, com 55 casos; Zona 07, com 54 casos; Conjunto Habitacional Requião, com 48 casos; e Parque Tarumã, com 25 casos.

Tabela 2 - Bairros em que mais ocorreu a violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR e ano de atendimento 2015-2019

Bairro	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Bairro Santo Antônio	0	0	1	0	0	1
Centro	4	2	2	2	0	10
Chácaras Paulista	1	1	1	0	0	3
Cidade Alta	1	0	0	0	0	1
Cond. Bela Vista I	0	1	0	0	0	1
Conj. Hab. Itatiaia	1	1	0	0	0	2
Conj. Hab. João De Barro I	0	0	1	0	1	2
Conj. Hab. João De Barro	0	1	0	1	0	2
Conj. Hab. Lea Leal	0	0	1	1	0	2
Conj. Hab. R Hermann M De Barros	2	1	1	0	2	6
Conj. Hab. R Inocente Vila Nova Jr	2	1	5	2	0	10
Conj. Hab. R J B Porto Seguro I	0	1	1	0	1	3
Conj. Hab. R J B Porto Seguro II	0	0	1	0	1	2
Conj. Hab. Requião	13	11	13	5	6	48
Conj. Hab. Sanengue	1	0	0	1	1	3

Conj. Hab. Sol Nascente	11	0	3	0	1	15
Conj. Res. Branca Vieira	1	2	4	2	4	13
Conj. Res. Cidade Alta	1	1	5	5	4	16
Conj. Res. Guaiapó	1	0	0	1	0	2
Conj. Res. J B Champagnat	2	0	1	0	3	6
Conj. Res. J B Cidade Alta I	0	0	1	0	0	1
Conj. Res. J B Cidade Alta II	1	0	0	0	0	1
Conj. Res. J B Itaparica	1	0	1	0	1	3
Conj. Res. J B Thais	1	1	2	3	2	9
Conj. Res. Karina	0	0	1	0	0	1
Conj. Res. Ney Braga	0	1	3	2	1	7
Conj. Res. Parigot De Souza	0	1	1	0	1	3
Conj. Res. Paulino C Filho	0	1	0	1	0	2
Conj. Res. Rodolfo Bernardi	1	0	0	1	0	2
Conjunto Guararapes	0	0	1	0	0	1
Conjunto Santa Felicidade	1	0	0	0	0	1
Copacabana	1	0	0	0	0	1
Gleba Ribeirão Pinguim	0	0	0	0	1	1
Jardim Itaipu	0	1	0	0	0	1
Jd. Aclimação	2	3	1	0	1	7
Jd. Alamar	0	1	0	0	0	1
Jd. Alvorada	20	23	27	19	14	103
Jd. Alvorada III	0	0	0	1	0	1
Jd. América	2	0	1	0	1	4
Jd. Andrade	0	0	1	0	0	1
Jd. Atami	0	1	0	0	0	1
Jd. Atlanta	1	1	0	0	0	2
Jd. Aurora	0	3	0	1	1	5
Jd. Bela Vista	1	1	1	0	0	3
Jd. Bertioga	0	0	2	0	0	2
Jd. Botânico	0	0	0	1	0	1
Jd. Campo Belo	1	0	0	0	0	1
Jd. Campos Elíseos	0	2	2	1	1	6
Jd. Canadá	0	0	0	0	1	1
Jd. Cerro Azul	0	1	0	0	0	1
Jd. Cidade Jardim	0	0	0	1	0	1
Jd. Cidade Monções	0	0	1	0	0	1
Jd. Colina Verde	1	0	1	1	1	4
Jd. Copacabana	2	4	1	2	3	12
Jd. Da Glória	0	0	0	0	1	1

Jd. Das Flores	0	0	0	1	0	1
Jd. Diamante	3	5	1	0	1	10
Jd. Dias	0	1	1	0	0	2
Jd. Do Carmo	1	0	1	1	0	3
Jd. Dos Pássaros	2	0	1	0	0	3
Jd. Dourados	0	1	0	0	0	1
Jd. Ebenezer	2	1	2	3	3	11
Jd. Espanha	0	0	0	1	0	1
Jd. Everest	0	0	0	2	3	5
Jd. Galeão	0	0	0	1	0	1
Jd. Guairaça	2	2	0	3	3	10
Jd. Higienópolis	0	1	0	1	0	2
Jd. Imperial	0	0	0	0	1	1
Jd. Imperial II	0	1	0	0	0	1
Jd. Império Do Sol	0	0	0	1	0	1
Jd. Indaiá	4	0	0	1	1	6
Jd. Industrial	0	1	0	0	0	1
Jd. Ipanema	1	6	4	4	2	17
Jd. Itália	1	0	0	0	0	1
Jd. Kakogawa	0	1	1	0	0	2
Jd. Liberdade	0	2	2	2	3	9
Jd. Licce	1	0	0	1	0	2
Jd. Lucianópolis	0	2	1	0	0	3
Jd. Mandacaru	0	1	1	0	1	3
Jd. Maravilha	0	0	1	0	0	1
Jd. Monte Belo	0	0	0	1	0	1
Jd. Monte Carlo	2	1	0	1	0	4
Jd. Monte Rei	0	0	0	0	1	1
Jd. Novo Horizonte	1	0	0	0	0	1
Jd. Novo Oásis	0	1	2	1	0	4
Jd. Oasis	1	1	0	3	2	7
Jd. Olímpico	0	2	2	3	0	7
Jd. Oriental	1	2	2	3	3	11
Jd. Ouro Cola	0	0	2	3	1	6
Jd. Paraíso	0	0	0	1	0	1
Jd. Paris	3	3	1	1	1	9
Jd. Paris II	1	0	0	0	0	1
Jd. Paris III	0	0	0	0	1	1
Jd. Paris IV	0	1	0	0	0	1
Jd. Paris VI	0	0	0	0	1	1

Jd. Paulista	1	0	0	1	1	3
Jd. Paulista II	0	1	0	0	0	1
Jd. Piatã	2	0	1	0	0	3
Jd. Pinheiros	0	0	1	0	1	2
Jd. Real	1	0	0	1	2	4
Jd. Rebouças	1	0	0	2	0	3
Jd. Requião	0	1	0	0	0	1
Jd. Res. Cidade Alta	0	1	0	0	0	1
Jd. Santa Helena	0	2	1	0	1	4
Jd. Santa Rosa	0	1	1	0	2	4
Jd. São Basílio	0	0	0	1	0	1
Jd. São Clemente	0	0	1	0	2	3
Jd. São Domingos	1	0	0	0	0	1
Jd. São Francisco	0	0	1	2	1	4
Jd. São Jorge	0	1	4	3	3	11
Jd. São Paulo	0	0	0	0	1	1
Jd. São Silvestre	0	0	4	1	1	6
Jd. Tabaetê	0	1	0	0	0	1
Jd. Três Lagoas	0	0	0	1	0	1
Jd. Tropical	1	1	0	0	1	3
Jd. Tuiti	0	1	0	0	0	1
Jd. Tupinambá	1	2	1	1	1	6
Jd. Universitário	1	1	0	0	0	2
Jd. Universo	3	1	3	0	4	11
Jd. Verônica	1	0	0	0	0	1
Jd. Vitória	0	0	1	0	0	1
Lot. Batel	1	2	1	2	1	7
Lot. Bela Vista	0	0	0	1	0	1
Lot. Grajaú	0	0	1	0	1	2
Lot. Madrid	1	0	2	3	4	10
Lot. Res. Bim	0	0	0	0	1	1
Lot. Sumaré	1	1	1	0	1	4
Maringá	1	0	1	0	1	3
Moradias Atenas	1	0	0	1	0	2
Nuc. Hab. Santa Felicidade	1	0	2	2	0	5
Portal Das Torres	1	1	2	1	1	6
Pq. Avenida	0	1	0	0	0	1
Pq. Da Gávea	1	0	1	0	1	3
Pq. Das Bandeiras	2	0	1	3	1	7
Pq. Das Grevíleas	9	2	2	1	6	20

Pq. Das Grevíleas II	1	0	0	0	1	2
Pq. Das Grevíleas III	0	0	3	1	0	4
Pq. Das Laranjeiras	2	0	1	1	4	8
Pq. Das Palmeiras	0	2	3	1	0	6
Pq. Hortênciã	3	2	0	3	6	14
Pq. Industrial	1	0	0	2	1	4
Pq. Industrial 200	0	0	1	0	1	2
Pq. Industrial Bandeirantes	0	0	0	1	0	1
Pq. Itaipu	3	3	7	4	4	21
Pq. Res Aeroporto	0	1	2	0	2	5
Pq. Res Avenida	2	0	1	1	0	4
Pq. Res Cidade Nova	0	0	0	0	1	1
Pq. Res Ibirapuera	1	0	0	0	0	1
Pq. Res Quebec	1	1	3	2	1	8
Pq. Res Tuiuti	2	0	3	4	1	10
Pq. Tarumã	5	5	5	7	3	25
Recanto Dos Magnatas	0	0	0	0	1	1
Res. Copacabana	0	0	1	0	0	1
Res. P. Odwaldo Bueno	0	2	2	1	3	8
Res. Patrícia	1	0	0	0	0	1
Res. Pioneiro Honorato Vecchi	0	1	0	0	0	1
Vl. Bosque	0	0	1	1	1	3
Vl. Cleópatra	1	0	2	0	1	4
Vl. Emilia	0	2	0	0	2	4
Vl. Esperança	8	2	2	3	3	18
Vl. Ipiranga	0	0	1	0	0	1
Vl. Marumbi	0	2	2	2	0	6
Vl. Morangueira	10	7	6	16	16	55
Vl. Nova	1	0	3	0	3	7
Vl. Operária	1	2	4	2	1	10
Vl. Progresso	1	1	0	1	0	3
Vl. Santa Isabel	1	4	3	6	1	15
Vl. Santo Antônio	2	3	3	3	0	11
Vl. Vardelina	1	3	0	0	1	5
Zona 01	2	10	2	1	3	18
Zona 02	1	3	1	2	3	10
Zona 03	3	1	1	2	2	9
Zona 04	0	2	1	3	2	8
Zona 05	4	1	2	3	6	16
Zona 06	4	4	3	4	2	17

Zona 07	6	13	12	15	8	54
Zona 08	1	2	4	4	2	13
Zona 09 (Armazém)	0	1	1	1	0	3
Zona Central	1	1	8	6	1	17
Zona Rural	0	0	1	1	1	3
Outros	7	9	5	10	7	38
Não Informado	1	2	9	4	8	24
Não Sabe Informar	0	0	0	0	1	1
Em Branco	63	88	72	86	74	383
Total Geral	276	305	327	324	299	1.531

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019

Quanto às informações a respeito das características da vítima, entre os anos de 2015 a 2019, conforme a Tabela 3, em sua maioria, 889 mulheres eram adultas, na faixa dos 25 a 59 anos; 1.046 mulheres eram brancas, 314 mulheres possuíam Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2.º grau, ou o equivalente a 12 anos de estudos concluídos); 1.349 mulheres não possuíam qualquer tipo de deficiência ou transtorno; e 1.200 mulheres não eram gestantes.

Os demais resultados apontam, ainda, 16 crianças com até 9 anos; 298 adolescentes na faixa dos 10 a 19 anos; 224 jovens na faixa dos 20 a 24 anos; e 104 idosas na faixa dos 60 anos ou mais.

Em relação à raça e cor, 348 eram pardas (inclusa na categoria a pessoa que se declarou morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou assemelhados); 115 eram pretas; 15 eram amarelas (inserida na categoria a pessoa declarada oriental ou de raça/cor amarela); 2 eram indígenas (reunida na categoria a pessoa autoidentificada como indígena ou índia); e 5 foram assinaladas como ignorado. A vítima atendida é quem declara a raça, cor e etnia a que pertence, porém, em casos de criança, deve-se considerar a informação do familiar responsável ou pessoa acompanhante.

Sobre a escolaridade⁷, 36 não sabiam ler (sem escolaridade; e também crianças com idade igual ou superior a 6 anos, que não frequentaram a escola, ou tendo pouco domínio da escrita e da leitura, por exemplo, sabendo escrever ou ler apenas o próprio nome); 98 possuíam 1.ª a 4.ª séries do Ensino Fundamental incompletas (antigo primário ou 1.º grau,

⁷ A respeito da escolarização e seus níveis de alfabetismo, foram utilizadas as denominações “série” conforme o Instrutivo de violência interpessoal e autoprovocada de 2016, e não “ano” ainda que esta seja a conceitualização atual, conforme a última atualização da Lei nº14.407/2022 – Lei de Diretrizes e Bases de Educação (LDB).

que equivale entre 1 a 3 anos de estudos concluídos); 55 cursaram a 4.^a série do Ensino Fundamental completa (antigo primário, ou 1.^o grau, correspondendo a 4 anos de estudos concluídos); 268 apresentaram entre 5.^a a 8.^a séries do Ensino Fundamental incompletas (antigo ginásio, ou 1.^o grau, representando 5 a 7 anos de estudos concluídos); 261 concluíram o Ensino Fundamental (antigo ginásio, ou 1.^o grau, ou seja, 8 anos de estudos concluídos); 241 possuíam Ensino Médio incompleto (antigo colegial, ou 2.^o grau, equivale entre 8 a 11 anos de estudos concluídos); 79 possuíam educação superior incompleta (cursou ou frequentou a universidade sem conclusão do 3.^o grau); 90 possuíam educação superior completa (conclusão da universidade, com aprovação do 3.^o grau); 85 foram assinaladas como ignorado; e 4 como em branco.

Quanto aos tipos de deficiência, ou transtorno, 172 assinalaram “sim” (para esse registro, em específico, é necessária a informação a respeito do diagnóstico clínico emitido por um profissional de saúde habilitado, não sendo exigido prova documental); e 10 assinalaram como “ignorado”.

Em relação a estar gestante, 118 assinalaram a opção afirmativa; 159 marcaram a resposta “não se aplica”; e 54 casos foram indicados como “ignorado”.

Tabela 3 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características da vítima e ano de atendimento 2015-2019

Características	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Faixa etária</i>						
Criança (até 09 anos)	02	04	04	02	04	16
Adolescente (10 a 19 anos)	48	62	64	69	55	298
Jovem (20 a 24 anos)	43	49	48	44	40	224
Pessoa Adulta (25 a 59 anos)	160	164	196	189	180	889
Pessoa Idosa (60 anos ou mais)	23	26	15	20	20	104
<i>Raça/Cor</i>						
Amarela	4	3	1	3	4	15
Branca	196	209	221	207	213	1.046
Parda	58	70	79	83	58	348
Preta	18	22	20	31	24	115
Indígena	0	0	2	0	0	2
Ignorado	0	1	4	0	0	5
<i>Escolaridade</i>						
1 ^a A 4 ^a Série Incompleta do Ensino Fundamental	13	16	17	23	29	98
4 ^a Série Completa do Ensino Fundamental	21	8	9	13	4	55
5 ^o A 8 ^o Série Incompleta do Ensino Fundamental	55	61	54	56	42	268
Ensino Fundamental Completo	27	44	50	62	78	261

Ensino Médio Incompleto	74	39	50	48	30	241
Ensino Médio Completo	32	73	70	56	83	314
Educação Superior Incompleta	8	14	29	16	12	79
Educação Superior Completa	10	22	25	19	14	90
Analfabeto	9	9	6	8	4	36
Ignorado	24	18	17	23	3	85
Em branco	3	1	0	0	0	4
<i>Deficiência/Transtorno</i>						
Sim	30	30	24	46	42	172
Não	244	270	302	276	257	1.349
Ignorado	2	5	1	2	0	10
<i>Gestante</i>						
Sim	18	25	20	31	24	118
Não	204	238	265	256	237	1.200
Não se aplica	47	36	14	26	36	159
Ignorado	7	6	28	11	2	54

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

A Tabela 4 indica os tipos de violência conforme as opções apresentadas para preenchimento na ficha de notificação individual. Foram 1.230 referentes à violência física (caracteriza-se como uso da força física de forma intencional não acidental, com tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, ferimentos por armas de fogo incluindo bala perdida, ou por arma branca, entre outros).

Segue, em ordem decrescente, 260 violências do tipo sexual (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, exposição coercitiva ou constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico); 256 para violência psicológica (toda a forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes, risco ou dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento, conduta abusiva por gestos, atitudes ou outras manifestações, calúnia, difamação, injúria à honra ou reputação, *bullying*); 11 para tortura (constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando sofrimento físico ou mental); 11 para violência financeira (dano,

perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores, exploração imprópria ou ilegal, uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais); 10 para negligência (omissão, falta de provimentos das necessidades e cuidados básicos, abandono); 3 para trabalho infantil (ações e atividades desempenhadas por crianças inibindo sua condição de infância ou adolescência); 2 para intervenção legal (agressão realizada por agente legal público, ou seja, abuso de um representante do Estado, polícia ou outro intermediário da lei no exercício da sua profissão, utilizando armas de fogo, explosivos, gás, objetos contundentes, agindo com empurrão, golpe, murro); e 3 para outros tipos, entre eles, uma suspeita de violência sexual, no ano de 2016; uma intoxicação no ano de 2017; e um uso abusivo de drogas no ano de 2018.

Tabela 4 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por tipo de violência e ano de atendimento 2015-2019

Tipo de violência	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Física	236	254	267	249	224	1.230
Psicológica/Moral	128	82	10	17	19	256
Tortura	4	5	2	0	0	11
Sexual	43	50	57	54	56	260
Tráfico de seres humanos	0	0	0	0	0	0
Financeira/Econômica	4	5	0	0	2	11
Negligência/Abandono	3	2	2	1	2	10
Trabalho Infantil	1	0	1	1	0	3
Intervenção Legal	0	0	0	2	0	2
Outros	0	1	1	1	0	3

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

A Tabela 5 apresenta as unidades de saúde que realizaram a notificação da violência contra as mulheres entre 2015 e 2019. Destacam-se as Unidades de Pronto Atendimento – a Upa Zona Norte e a Upa Zona Sul, e o Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), que realizaram, respectivamente, 230, 209 e 772 notificações nesse período.

Tabela 5 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por Unidade de Saúde notificadora e ano de atendimento, 2015-2019

Unidade de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	Total
CAPS AD II	1	2	1	2	1	7
CAPS II Canção	0	0	0	3	2	5
CAPS III	0	0	0	4	4	8

CAPSi	0	0	0	1	3	4
Hospital Bom Samaritano	0	0	0	3	7	10
Hospital do Câncer	1	0	0	0	0	1
Hospital e Maternidade Santa Rita	7	4	16	8	0	35
Hospital e Maternidade São Marcos	0	1	1	0	0	2
Hospital M. Thelma Vilanova Kasprowicz	1	3	1	6	3	14
Hospital Paraná	0	1	0	1	1	3
Hospital Psiquiátrico	0	0	0	0	2	2
Hospital Universitário Regional	147	161	154	163	147	772
Policlínica Primo Marcelo Monteshio	0	0	0	1	0	1
Santa Casa M. Auxiliadora	5	16	12	14	18	65
Secretaria Municipal de Saúde de Maringá	0	1	1	2	5	9
Serviço de Assistência Especializada	1	0	0	0	0	1
Unidade Básica de Saúde Aclimação	3	0	1	0	2	6
Unidade Básica de Saúde Alvorada III	0	2	0	0	1	3
Unidade Básica de Saúde Céu Azul	0	1	1	0	1	3
Unidade Básica de Saúde Cidade Alta	0	0	0	1	0	1
Unidade Básica de Saúde Floriano	0	1	0	1	2	4
Unidade Básica de Saúde Grevíleas III	3	0	2	0	0	5
Unidade Básica de Saúde Guaiapó Requião	1	1	2	1	1	6
Unidade Básica de Saúde Iguatemi	2	0	0	1	0	3
Unidade Básica de Saúde Império do Sol	2	2	0	0	1	5
Unidade Básica de Saúde Jardim Iguaçú	1	2	4	4	1	12
Unidade Básica de Saúde Jardim Industrial	1	0	1	0	1	3
Unidade Básica de Saúde Jardim Olímpico	1	1	0	4	1	7
Unidade Básica de Saúde Jardim Pinheiros	0	0	0	0	1	1
Unidade Básica de Saúde Mandacaru	2	0	0	0	0	2
Unidade Básica de Saúde Maringá Velho	0	1	1	0	0	2
Unidade Básica de Saúde Morangueira	0	2	0	0	0	1
Unidade Básica de Saúde Ney Braga	2	0	0	1	1	4
Unidade Básica de Saúde Paraíso	0	0	1	1	0	2
Unidade Básica de Saúde Parigot de Souza	1	0	0	0	0	1
Unidade Básica de Saúde Paris	1	1	0	0	3	5
Unidade Básica de Saúde Parque Residencial Quebec	1	1	0	0	2	4
Unidade Básica de Saúde Piatã	1	0	1	0	3	5
Unidade Básica de Saúde Portal Das Torres	4	1	0	0	1	6
Unidade Básica de Saúde São Silvestre	0	0	0	0	1	1
Unidade Básica de Saúde Tuiuti	1	0	0	4	5	10
Unidade Básica de Saúde Vardelina	1	2	3	0	4	10
Unidade Básica de Saúde Vila Esperança	0	1	0	0	0	1

Unidade Básica de Saúde Vila Operaria	1	1	1	0	0	3
Unidade Básica de Saúde Zona 6	1	1	1	1	0	4
Unidade de Apoio a Saúde da Família Thais	0	0	0	0	2	2
Unidade de Pronto Atendimento Upa Zona Norte	45	50	63	44	28	230
Unidade de Pronto Atendimento Upa Zona Sul	33	40	54	45	37	209
Unimed	2	2	4	3	2	13
Outros	3	3	1	5	4	16
Código CNES erro	0	0	0	0	1	1

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

Quanto às informações sobre as características da agressão, entre os anos de 2015 a 2019, a Tabela 6 apresenta a hora da ocorrência. Prevaleceu-se o horário da noite (das 18h00min às 23h59min), com 478 notificações; seguido pelo período da madrugada (das 00h00min às 5h59min) com 313 notificações; tarde (das 12h00min às 17h59min) com 292 notificações; manhã (das 6h00min às 11h59min) com 175 notificações; e 273 notificações assinaladas como “em branco”.

Em relação ao local da ocorrência, a maioria aconteceu na própria residência (moradia), com 920 notificações; seguida dos seguintes locais: 302 em via pública (calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros); 44 em bar ou similar (bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, entre outros); 36 em comércio/serviços (aeroporto, armazém, banco, boutique, shopping center, edifício de escritórios, estação ferroviária/rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja-mercado, posto de serviços para veículo a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde); 24 na escola (campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas, em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil, ou jardim de infância, e outros); 5 em habitação coletiva (acampamento militar, barracão, instituição de longa permanência para idosos, casa de repouso, casa de estudantes/república, caserna, hospital psiquiátrico, abrigo, penitenciária, hospitais-colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue); 4 em local de prática esportiva (campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos); 3 em indústria/construção (central elétrica, dependências industriais, disque sexo, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras

instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás, entre outros); 174 em “outros” (identificados como locais de trabalho, unidades de saúde, residência de familiares, amigos, desconhecidos ou do próprio agressor, festas e locais de entretenimento, em hotéis e motéis, na delegacia, dentro de meios de transporte, como carros e ônibus, penitenciária, igreja, terrenos vazios e bocas de fumo, e postos de gasolina); e 19 assinalados como “ignorado”.

Em relação ao meio ou instrumento utilizado, 1.184 casos utilizaram-se da força corporal/espantamento (murro, tapa, soco, empurrão e outros), seguido por 165 ameaças (gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.); 110 relataram uso de objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro e outros); 100 mencionaram uso de objeto perfurocortante (arma branca: faca; canivete; peixeira; facão; navalha; estilete e lâmina, caco de vidro, chave de fenda, prego e outros); 46 indicaram enforcamento (estrangulamento, esganadura, “gravata” e outros); 21 arma de fogo (revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros); 18 envenenamento/intoxicação (exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc); 4 substância/objeto quente (queimaduras por fogo, água quente, vapor d’água, substância química e outras); e 87, na opção “outros”, registraram o uso de taco de sinuca, utensílio doméstico, xingamento, *bullying*, mordidas, sedução, assédio, atropelamento, cárcere privado, e suspeitas de violência sexual.

No que se refere à motivação da violência, 476 ocorreram por sexismo (devido a uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculino sobre as mulheres, condutas construídas, aprendidas e reforçadas culturalmente, por meio de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública, entre outros); 159 por conflito geracional (por conta de discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, causada por troca de valores ou conflitos de interesse); 38 por situação de rua (motivada por estar inserida em grupo populacional heterogêneo, possuir em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular); 17 por alguma deficiência (causada por preconceito, desrespeito ou qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência); 8 por homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia (ocasionada pela orientação sexual ou identidade de gênero presumida da vítima, podendo ela ser membro da população LGBTQIA+ ou não); 3 por racismo (devido à crença da divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizar-la); 3 por intolerância religiosa (provocada por ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas, ou a quem não segue uma religião); 1 por xenofobia (devido à discriminação social, que consiste na aversão a pessoas de diferentes

culturas e nacionalidades); 718 casos foram marcados como outros; 69 como “não se aplica”; e 39 como “ignorado”.

Em relação à opção de ter ocorrido outras vezes, 856 assinalaram a opção “não”, 568 assinalaram “sim”, 104 “ignorado” e 3 “em branco”.

Tabela 6 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características da agressão e ano de atendimento 2015-2019

Características da agressão	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Hora da Ocorrência</i>						
Manhã (6h00min – 11h59min)	37	41	35	31	31	175
Tarde (12h00min – 17h59 min)	53	62	74	57	46	292
Noite (18h00min – 23h59min)	97	99	108	102	72	478
Madrugada (00h00min – 5h59min)	60	67	64	54	68	313
Em branco	29	36	46	80	82	273
<i>Local da Ocorrência</i>						
Bar ou similar	7	8	13	8	8	44
Comércio/serviços	3	4	13	6	10	36
Escola	1	9	6	5	3	24
Habitação coletiva	0	1	2	2	0	5
Indústria/construção	1	1	0	1	0	3
Local de prática esportiva	1	1	0	1	1	4
Residência	189	183	175	190	183	920
Via pública	53	64	68	61	56	302
Outros	21	32	45	45	31	174
Ignorado	0	2	5	5	7	19
<i>Meio ou instrumento</i>						
Força corporal/espancamento	221	256	248	236	223	1.184
Enforcamento	15	14	5	7	5	46
Objeto contundente	24	19	25	22	20	110
Objeto perfurocortante	22	19	27	14	18	100
Substância/objeto quente	0	2	1	1	0	4
Envenenamento/intoxicação	0	2	12	4	0	18
Arma de fogo	8	7	2	4	0	21
Ameaça	67	49	15	17	17	165
Outros	16	9	23	20	19	87
<i>Motivação</i>						
Sexismo	71	125	61	91	128	476
Homo/lesbo/bi/transfobia	1	1	1	2	3	8
Racismo	0	0	1	1	1	3
Intolerância religiosa	1	1	0	0	1	3

Xenofobia	1	0	0	0	0	1
Conflito geracional	28	29	29	37	36	159
Situação de rua	9	1	11	9	8	38
Deficiência	13	2	0	2	0	17
Ignorado	0	12	12	13	2	39
Não se aplica	0	23	29	9	8	69
Outros	152	111	183	160	112	718
<i>Ocorreu outras vezes</i>						
Sim	132	106	99	120	111	568
Não	139	190	207	173	147	856
Ignorado	4	8	21	31	40	104
Em branco	1	1	0	0	1	3

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

A Tabela 7 apresenta as características do autor da agressão, nos anos considerados nesta investigação. Como resultado, constata-se que 447 são cônjuges das vítimas; na sequência de 108 ex-cônjuges; 80 namorados; e 42 ex-namorados. Em relação à suspeita do uso de álcool, 630 assinalaram “não” para a ingestão de bebida alcoólica; 599 assinalaram “sim”; 299 assinalaram a resposta “em branco”; e 3 assinalaram como ignorado. Em relação ao ciclo de vida do autor, 1.122 são adultos (25 a 29 anos), na sequência, em ordem decrescente, de 178 jovens (20 a 24 anos); 108 adolescentes (10 a 19 anos); 33 pessoas idosas (60 anos ou mais); 5 crianças (0 a 9 anos); e 85 assinaladas como ignorado.

Tabela 7 - Notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR por características do autor e ano de atendimento 2015-2019

Características	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Cônjuge	89	91	70	97	100	447
Ex-cônjuge	19	20	25	22	22	108
Namorado	21	15	14	22	8	80
Ex-namorado	6	9	14	8	5	42
<i>Suspeita uso de Álcool</i>						
Sim	114	124	123	126	112	599
Não	124	154	136	108	108	630
Ignorado	38	26	66	90	79	299
Em branco	0	1	2	0	0	3
<i>Ciclo vida autor</i>						
Criança (0 a 9 anos)	2	1	0	1	1	5

Adolescente (10 a 19 anos)	9	35	26	24	14	108
Jovem (20 a 24 anos)	21	49	39	39	30	178
Pessoa Adulta (25 a 59 anos)	223	206	236	225	232	1.122
Pessoa Idosa (60 anos ou mais)	6	8	8	4	7	33
Ignorado	15	6	18	31	15	85

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

Quanto às informações referentes aos encaminhamentos para a rede realizados por conta das notificações, a Tabela 8 apresenta, como maioria, 1.223 encaminhamentos para a Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros), seguindo, em ordem decrescente, 486 encaminhamentos para a Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM); 262 encaminhamentos para outras delegacias; 239 encaminhamentos para a Rede da Assistência Social (Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP, Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento como abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas, entre outros); 176 encaminhamentos para o Conselho Tutelar (criança/adolescente); 104 encaminhamentos para a Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Centro de Referência de Atendimento à Mulher - CRAM, Casa da Mulher Brasileira, entre outros); 11 encaminhamentos para a Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA); 7 encaminhamentos para o Conselho do Idoso; 6 encaminhamentos para a Delegacia de Atendimento ao Idoso; 4 encaminhamentos para o Ministério Público; 2 encaminhamentos para a Justiça/Vara da Infância e da Juventude; e 1 encaminhamento para a Defensoria Pública.

Tabela 8 - Encaminhamentos para a rede realizados decorrentes das notificações de violência contra a mulher por parceiro ou ex-parceiro íntimo no município de Maringá-PR e ano de atendimento 2015-2019

Encaminhamentos	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Rede da Saúde	215	244	257	261	246	1.223
Rede da Assistência Social	34	39	55	56	55	239
Rede da Educação	0	0	0	0	0	0
Rede de Atendimento à Mulher	24	22	14	20	24	104

Conselho Tutelar	25	39	37	44	31	176
Conselho do Idoso	4	3	0	0	0	7
Delegacia de Atendimento ao Idoso	3	2	1	0	0	6
Centro de Referência dos Direitos Humanos	0	0	0	0	0	0
Ministério Público	1	0	1	2	0	4
Delegacia E. de Proteção à Criança e Adolescente	0	2	4	2	3	11
Delegacia de Atendimento à Mulher	125	131	98	74	58	486
Justiça/Vara da Infância e da Juventude	1	0	1	0	0	2
Defensoria Pública	0	1	0	0	0	1
Outras Delegacias	28	28	88	55	63	262

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Maringá-PR, referentes aos anos de 2015-2019.

No processo de análise dos dados qualitativos, depreendemos das narrativas dos entrevistados sete categorias temáticas, sendo elas: **tipos de violência, olhar biomédico, crenças pessoais, rede de cuidados, notificação versus denúncia, educação permanente e rotatividade, e quem são essas mulheres.**

A Tabela 9 apresenta a caracterização dos profissionais da saúde entrevistados, com pseudônimo, sexo e idade. A maioria são mulheres, constando apenas um profissional do sexo masculino, e a média de idade foi de 39 anos.

Tabela 9 - Caracterização dos profissionais da saúde entrevistado

Nome	Sexo	Idade
Dandara	Feminino	23
Cecília	Feminino	25
Carolina	Feminino	27
Clarice	Feminino	34
Nise	Feminino	35
Tarsila	Feminino	36
Lygia	Feminino	39
Ana	Feminino	40
Elis	Feminino	41
Anita	Feminino	42
Maria	Feminino	43
Bertha	Feminino	44
Nelson	Masculino	48
Cora	Feminino	52
Gal	Feminino	56

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas entre os meses de junho e agosto de 2022.

A Tabela 10 apresenta dados em relação à situação profissional. A maioria dos profissionais possui formação acadêmica em enfermagem (11), serviço social (2) e psicologia (1), e especialização (8), ainda que não seja especificamente na área de violência. Trabalham há um ano ou mais nas unidades de saúde e atuam em diferentes setores, e quando nas unidades de pronto atendimento, são responsáveis por triagem, observação, psicologia, epidemiologia, coleta *swab*, serviço social, pediatria, emergência, corredor; e quando no Hospital Universitário, atuam no ambulatório ou no pronto atendimento.

Tabela 10 - Caracterização profissional dos funcionários da saúde entrevistados

Nome	Formação	Especialização	Tempo de Atuação	Setor de Atuação
Dandara	Enfermagem	Não	01 ano	Triagem
Cecília	Enfermagem	Sim	01 ano e 03 meses	Observação
Carolina	Psicologia	Sim	01 ano e meio	Psicologia
Clarice	Enfermagem	Sim	01 ano e meio	Epidemiologia
Nise	Enfermagem	Sim	08 anos	Coleta Swab
Tarsila	Serviço Social	Sim	10 anos	Serviço Social
Lygia	Enfermagem	Sim	13 anos	Pediatria
Ana	Enfermagem	Sim	01 ano	Triagem
Elis	Serviço Social	Não	11 anos	Serviço Social
Anita	Enfermagem	Sim	07 anos	Epidemiologia
Maria	Enfermagem	Não	03 anos	Corredor
Bertha	Enfermagem	Não	18 anos	Ambulatório
Nelson	Enfermagem	Não	02 anos	Emergência
Cora	Enfermagem	Não	12 anos	Pronto Atendimento
Gal	Serviço Social	Não	11 anos	Pronto Atendimento

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas entre os meses de junho e agosto de 2022.

Segue-se, após apresentação dos dados levantados, uma análise a respeito das características das mulheres que enfrentaram situações de violência praticadas pelos parceiros ou ex-parceiros íntimos na cidade de Maringá-PR, ao receberem atendimento em serviços de urgência e emergência, entre 2015 e 2019, embasadas em estudos de gênero em uma interface com a saúde.

6 DISCUSSÃO

Foram realizadas, em Maringá-PR, no período de 2015 a 2019, 1.531 notificações de violência contra mulheres, compreendendo o ano de 2017, como o que mais registrou ocorrências: foram 327 notificações. O crescimento gradativo das notificações por ano, cujos registros se intensificam a partir de 2016, pode ter se dado por conta do aumento real do número de casos e, igualmente, devido à conscientização das vítimas e dos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento nas unidades notificantes, uma vez que os casos de violência contra as mulheres têm sido amplamente discutido por meio da propagação de informações a respeito, em meios de comunicação em massa, mídias e redes sociais.

Nesta pesquisa consideramos a importância e a necessidade de se analisar as variáveis demográficas das mulheres que sofreram violência, entendendo essa problemática em sua complexidade e dependência de vários fatores. Nesse sentido, esses dados funcionaram como indicadores para notar as características comuns a essas mulheres que enfrentam violência na cidade de Maringá-PR. Logo, a partir do levantamento quantitativo, discorreremos sobre os bairros; a classe social; a idade; o papel social; a raça/cor; a escolaridade; as características das violências, como horário da ocorrência, agressor e tipos de agressão sofrida; além de abordarmos aspectos relacionados ao atendimento médico; buscando compreender as mulheres mais vulneráveis e mais atingidas pelos atos violentos.

Entre os bairros no município de Maringá-PR em que mais ocorreram registros de violência contra a mulher, estão: Jardim Alvorada (Zona Norte), Vila Morangueira (Zona Norte), Zona 07 (Zona Central), Conjunto Habitacional Requião (Zona Leste), e Parque Tarumã (Zona Leste). Quando referenciados por zonas, as regiões que sobressaem são, em ordem crescente: Zona Rural, com 1 ocorrência; Zona Central, com 13 ocorrências; Zona Oeste, com 16 ocorrências; Zona Sul, com 30 ocorrências; Zona Leste, com 45 ocorrências; e Zona Norte, com 75 ocorrências; podendo-se afirmar ser essa última a região notadamente mais violenta. Os bairros que foram assinalados como outros referem-se a regiões de municípios vizinhos que buscaram atendimento em Maringá-PR.

A pesquisa empírica aponta para o fato de que na região central do município há números menores de notificação de violência de gênero em relação aos bairros periféricos. A região central de Maringá-PR concentra uma população majoritariamente das classes média e alta. Conquanto a violência doméstica ocorra em todas as classes sociais, as mulheres de maior poder econômico costumam apresentar maiores dificuldades de expor

suas intimidades, porque vêm de famílias conhecidas, ocupam posições sociais de maior visibilidade e a exposição, nesses casos, é mais temida.

Nas famílias pobres, compartilham-se, mais facilmente, dores, tristezas, alegrias e desafetos, em especial porque a própria arquitetura das casas e mesmo dos bairros favorece a falta de intimidade. É comum que as casas sejam muito próximas e com arranjos familiares em que mais de um casal ocupa o mesmo domicílio, impondo uma integração comunitária e tornando mais difícil manter em sigilo os casos de violência. Para Minayo e Schenker (2018, p. 35), “não é que as famílias pobres tenham maior propensão à violência, mas alguns fatores facilitam a ocorrência de maus tratos”.

Porém, não desconsideramos que mulheres das classes economicamente privilegiadas também sofrem violências praticadas pelos seus parceiros íntimos, inclusive quando bem-sucedidas na profissão e não dependentes economicamente destes homens. O modelo patriarcal de família, com o homem ocupando o papel de autoridade no enredo familiar, ainda persiste na cultura brasileira. Saffioti (2015) registrou essa situação, mostrando que situações de violência e abusos, estupros e incestos, embora ocorram nas famílias ricas, tendem a ser camufladas. Algumas contribuições de Marx, ainda que o autor não tenha especificamente se debruçado nas questões relacionadas às mulheres, podem auxiliar na compreensão das classes sociais, construídas pelos sujeitos. Tendo como premissa este pensamento, as questões de gênero são vistas não como acidentais para os indivíduos, mas sim compreendidas somente a partir das relações sociais de poder (MARX, 1982). Relações entre homens e mulheres estão assim relacionadas a obrigações sociais, construídas e conservadas pelo poder, culminando nas diferenças de classes.

A idade das mulheres que sofreram violência, em Maringá-PR, concentra-se entre 25 a 59 anos. Essa faixa etária predominante revela uma fase de ascensão feminina, na questão econômica e social, situação que pode incomodar o mantedor do lar – o homem, ao visualizar a independência conquistada pela parceira, levando-o a reagir por meio de atos violentos.

Desde a infância até a velhice, é imposta às mulheres a afirmação de sua condição de subalternidade, demarcando os lugares e os papéis que elas devem ocupar na sociedade, como casar, ter filhos, ser uma boa esposa e, especialmente, obedecer; primeiro o pai, depois o marido e, mesmo, irmãos ou tios. É verdade que muitas mulheres lutaram e lutam pela desconstrução desse modelo e, na análise do mundo real, percebemos, a cada dia, mulheres enfrentando essas limitações impostas a elas. Todavia, no plano da idealização, essas pressões ainda são muito fortes. Os discursos legitimam a crença de que o espaço doméstico

é restringido à mulher, a qual deve submeter-se à autoridade do homem, contribuindo para a invisibilização de violências domésticas (BENEVIDES; BORIS, 2021).

Quanto à raça/cor, as mulheres que sofreram violência e tiveram seus registros realizados no período em análise, se declararam majoritariamente brancas. Esse resultado está consonante com a pesquisa do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), que apresentou a população censitária de Maringá-PR segundo cor/raça em 2010 (ano de realização do último Censo Demográfico do IBGE). Os dados coletados pelo IPARDES constataram que a população, em sua maioria, era branca, totalizando 253.161 habitantes, de um total de 357.077 pessoas, ou seja, aproximadamente 70% dos moradores do município se autodeclararam de cor branca (IPARDES, 2022). Ao especificarmos por gênero, do total de 357.077 habitantes, 185.353 eram mulheres.

Observamos que as mulheres que sofreram violência em Maringá-PR não apresentavam deficiência, elemento que contribui para desencadear agressões.

A respeito da escolaridade, a maioria possuía Ensino Médio completo. Em Maringá-PR, no ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,768, em uma escala de 0 a 1, apresentando os seguintes dados: 69,06% da população de 18 anos ou mais possuíam Ensino Fundamental completo, e 63,87% da população de 18 a 20 anos possuíam Ensino Médio completo (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

A partir dos dados do censo demográfico apresentados, entendemos que o município da pesquisa apresenta resultados condizentes com os encontrados na cidade de Cascavel, no mesmo estado, no qual houve predomínio de mulheres brancas nas notificações: 63%, conforme o recorte geográfico (KASSIM et al., 2020).

Esse perfil de mulheres difere, dessa forma, da maioria dos estudos realizados no Brasil, relacionados à violência contra mulheres, os quais afirmam serem as pardas, negras e com baixa escolaridade aquelas que mais sofrem violência de gênero (BORDONI et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2018). No Paraná, diferentemente de outros estados do país, a taxa de violência contra negras é menor em comparação ao índice observado nos grupos populacionais dos não negros (CERQUEIRA, 2018). Isto se explica quando analisamos dados do último Censo Demográfico que apresentou a seguinte resultado: 70,06% dos paranaenses declararam-se brancos, 25,35% pardos, 3,15% pretos, 1,19% amarelos e 0,25% indígenas (IBGE, 2010).

No período analisado, o tipo mais comum da manifestação da violência no município de Maringá-PR foi a física, seguida pela sexual e a psicológica, corroborando vários outros estudos que evidenciam a prevalência dos abusos físicos (DANTAS et al., 2017; MADEIRO

et al., 2019). Isso ocorre em função das violências físicas deixarem marcas visíveis, porque, na verdade, a porta de entrada da violência física são, na maioria esmagadora das vezes, as agressões verbais e psicológicas (SCHRAIBER, 2005; SAFFIOTI, 2001). Por isso, a ficha de notificação apresenta, além dos tipos de violência mais comuns de violência, também a opção designada como “outros”. Percebemos que os profissionais costumam ignorar esse campo, impossibilitando a identificação de alguma forma de violência fora do convencional.

A respeito das unidades de saúde que mais realizaram notificações de violência, verificamos uma prevalência nos locais de atendimento de urgência e emergência: duas unidades de pronto atendimento e um hospital universitário regional do município.

Em relação às informações das características da agressão, buscamos entender o horário da ocorrência, o qual prevaleceu o período da noite, seguido pela madrugada. Estudos de Melo e Garcia (2017) condizem com esses resultados, ao observarem que 34,80% das violências ocorreram no período da noite, e 26,20% de madrugada. O fato das agressões ocorrerem frequentemente no horário noturno pode ser justificado por ser um período no qual os potenciais agressores chegam aos seus lares, muitas vezes, alcoolizados, o que pode gerar encorajamento de ações violentas. Além de potencializador do humor, o álcool pode aumentar os sentimentos existentes de raiva e de frustração. Embora, conforme dados apresentados na Tabela 7, a suspeita do uso de álcool pelo agressor não tenha sido apontada como maioria, a diferença entre os casos afirmativos e negativos para o uso de bebida alcoólica é pequena, apresentando um fator que a literatura especializada aponta como potencializador da violência (VIEIRA et al., 2014).

O horário comercial (com funcionamento até as 18h00min), que costuma ser o adotado pelas Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs), também pode ser um fator que impossibilita o acionamento da rede de proteção das vítimas. É questionável o fato das DDMs ficarem abertas apenas no período diurno e durante a semana, uma vez que a vulnerabilidade das mulheres não se restringe apenas a esses intervalos de tempo, como encontrado neste estudo (MACHADO et al., 2020).

Sobre o local da ocorrência, a maioria incidiu na própria residência da vítima, seguida pela via pública. Historicamente, o lar é o local destinado às mulheres (TELES; MELO, 2003). O espaço que deveria ser configurado como um local seguro e idealizado, de proteção e acolhimento, é, muitas vezes, lócus da violência contra a mulher (NASCIMENTO; RIBEIRO, 2020). Dados do estudo do Fórum Brasileiro de Segurança Pública indicam que 68% dos feminicídios ocorrem na residência das vítimas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019). A convivência diária dos casais

intensifica a possibilidade de desentendimentos, como pôde ser percebido durante a pandemia de Covid-19, em razão da medida sanitária de isolamento social (CHALLOUTS, TOLEDO, SILVA, 2020).

Não estando restrito apenas à residência, a violência ocorre ainda em outros lugares, perpetuada por inúmeras motivações. No item “motivação da violência”, a ficha de notificação apresenta as seguintes possibilidades: 1. Sexismo; 2. Homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia; 3. Racismo; 4. Intolerância religiosa; 5. Xenofobia; 6. Conflito geracional; 7. Situação de rua; 8. Deficiência; seguido de “outros”; “não se aplica” e “ignorado”. Houve prevalência de sexismo, ideologia que se baseia no poder dos homens sobre as mulheres, ou seja, violência de gênero (BRUM et al., 2021).

Quando analisado o grau de relação do agressor com a vítima, observamos que a maioria das mulheres foi agredida pelos seus cônjuges; na sequência, pelos ex-cônjuges, namorados e, por fim, ex-namorados.

Sobre os encaminhamentos realizados, a maioria das mulheres foi encaminhada apenas para a rede de saúde, evidenciando a predominância do olhar biomédico com o qual as equipes têm lidado prioritariamente nesses casos. Mulheres em situação de violência que procuram atendimento para lidarem com o seu sofrimento buscam e recebem respostas biologizantes pelos profissionais de saúde, como, por exemplo, cuidados técnicos e mecanizados direcionados à recuperação do corpo violentado, além de medicamentos psiquiátricos para o sofrimento psíquico (LEMES; MARONI; RODRIGUES, 2022).

Houve, por fim, perda de informações em todos os itens, uma vez que todas as questões traziam as opções “em branco”, “ignorado”, ou “não se aplica”. Trata-se de uma incógnita incômoda, pois a incompletude dos dados gera informações pouco fidedignas, interferindo na interpretação e na análise do fenômeno da violência e, conseqüentemente, na elaboração de estratégias para o enfrentamento da violência (CAUS et al., 2021).

6.1 O trabalho de campo

Partimos, agora, para a apresentação e a discussão dos dados qualitativos, resultado do trabalho de campo realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). Inicialmente, por serem unidades de atendimento de urgência e emergência, imaginamos que haveria dificuldade quanto ao encontro e à disponibilidade dos profissionais para a entrevista. Porém, de modo geral, eles aceitaram participar apesar de ficar evidenciado, ao menos nos primeiros momentos da

entrevista, uma preocupação em “não falar nada errado”; mesmo após afirmarmos, de forma explícita, a todos que essa preocupação não deveria existir.

Nos últimos tempos, o uso de narrativas nas pesquisas em saúde vem se tornando uma prática comum, resultado de expressiva crítica à racionalidade científica positivista. Se até o século XIX havia uma supremacia do documento escrito sobre os registros fundamentados na oralidade e na memória, um século depois, mudanças epistemológicas no mundo das ciências validaram o método investigativo qualitativo e permitiram o uso das fontes orais, antes tidas como subjetivas e pouco confiáveis. Um novo entendimento sobre o conceito de “verdade” também impulsionou o uso das narrativas, buscando validar representações mais do que o “fato verdadeiramente acontecido” (CASTELLANOS, 2014).

Especificamente no âmbito da história, estudos com oralidade e memória são muito potentes, permitindo que se conhecessem experiências de sujeitos normalmente tidos como marginais e que são, quase sempre, invisíveis em documentos oficiais, especialmente as mulheres pobres, faveladas, encarceradas, usuárias de drogas, exercendo a prostituição, etc, mas também, é claro, aquelas que, de um modo ou outro, se notabilizaram pelo trabalho, educação, esporte ou outras conquistas. Nos últimos tempos, os historiadores se voltaram para a discussão de situações do tempo presente, como a violência de gênero (SILVA, FERREIRA, GUARIZA, 2021).

Desde a década de 1980, o uso das narrativas nas ciências sociais se ampliaram muito e tiveram relevante influência nas ciências da saúde, com estudos voltados a conhecer tanto as experiências dos doentes, quanto dos profissionais que os atendiam, em uma tentativa da compreensão das experiências particularizadas dos sujeitos e do processo de saúde e adoecimento. A proposta de humanização dos cuidados em saúde, uma proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), foi outro ponto responsável por valorizar o uso de fontes orais e os testemunhos, pois, como afirma Caçador (2020), a humanização da saúde é algo que não pode prescindir da escuta.

A experiência dos profissionais da saúde no atendimento a mulheres que enfrentaram situação de violência de gênero configura um diálogo que não expressa apenas o encontro das individualidades, mas um diálogo entre indivíduo e sociedade, indivíduo e cultura (CAÇADOR, 2020). Daí o sentido de conhecer a visão desses profissionais da saúde sobre violência, gênero, direitos das mulheres e direito dos homens, entendendo que essas representações impactam na maneira como atendem as vítimas de agressões e como são realizados os encaminhamentos das pacientes.

Muitos profissionais da saúde não notificam a violência, a despeito de essa ser uma obrigatoriedade legal, e isso reflete o desconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos e a pouca atenção aos informes da OMS (2021) de que a violência adocece. Logo, profissionais melhor preparados, do ponto de vista das questões de gênero, devem ser uma prioridade entre as estratégias de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Toda e qualquer ação com vistas à promoção da saúde da mulher deve estar em íntima sinergia com os movimentos sociais feministas. Não foi bem isso que se percebeu nas falas. Não que as entrevistas não evidenciassem a conscientização quanto ao alto índice de violência contra as mulheres em nossa sociedade e identificassem esse fato como uma falha do sistema, mas o discurso dos participantes, em certo ponto, representou os atos agressivos como algo particularizado, nesse sentido, cada mulher encontra, de acordo com os entrevistados, um modo próprio de se proteger. Foi essa a impressão dada pela fala de Clarice: “Então, se a mulher não se esconder dentro de um cubículo ela não está salva. Então, eu acho que está falhando em alguma área”. Percebemos, na análise da narrativa, de que existe a consciência sobre as falhas, mas não há uma percepção muito incisiva sobre quais são e onde elas ocorrem. Pouco se falou, por exemplo, na formulação de políticas públicas mais efetivas, campanhas educativas ou projetos com o objetivo de incentivar a cultura da paz e dos direitos humanos das mulheres; justamente um dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), documento do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006) e que deveria ser conhecido, de forma ampla, pelos profissionais da área.

6.2 Tipos de violência

No momento em que convidávamos os profissionais para integrarem esta pesquisa, algumas vezes, respostas do tipo “eu não atendo [violência], eu atendo apenas violência física”; “eu não atendo casos de violência”; ou “atendo apenas violência física” foram ditas de modo direto, demonstrando o não reconhecimento das diferentes formas de violência. Agressões ao corpo físico são mais facilmente entendidas como atos de violência, porque deixam marcas, sangram e é possível se valer de um medicamento, uma sutura, um curativo. A literatura especializada destaca que a primeira forma de violência identificada pelos profissionais de saúde é a física (MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020; MIRANDA; COÊLHO, 2021). Nossas entrevistas reafirmaram as conclusões desses estudos, como observamos nos trechos a seguir:

O que vem mais frequente é a violência física *né*, que geralmente é a dor na cabeça, porque bateu na cabeça com objetos, com a força corporal [...] a que a gente mais recebe. A princípio, elas procuram a gente pela violência física, dor, hematomas, essas coisas. (TARSILA)

O que a gente mais atende, sem sombra de dúvidas, é a violência física. Ah, a violência doméstica também, *né*, que a física está dentro dela [...] até mesmo porque as outras violências *elas* acabam sendo mais... embutidas, não fica assim tão claro, as pessoas não falam abertamente. Quando buscam atendimento na UPA, tem a ver com o físico, *né*, acaba agredindo fisicamente, então busca para curar aquilo. (DANDARA)

[...] pelo menos assim, enquanto profissional da saúde, as violências são todas físicas. (CLARICE)

Ao falar prioritariamente sobre a violência física, as entrevistadas acabam por discursivizar e criar uma representação de seu papel na enfermagem, que é o de assistência e de cuidado.

A falta de preparo de alguns profissionais da saúde para identificação de ocorrências mais subjetivas de violência compromete o atendimento das mulheres que procuram as unidades de saúde após sofrerem agressões. De acordo com um estudo canadense, 43% das mulheres que sofreram violência doméstica receberam cuidados médicos, e 50% delas tiveram de pedir licença no trabalho devido às agressões, mas, para os autores do levantamento em questão, os ferimentos não eram o resultado mais comumente encontrado, mas, de modo específico, as queixas sem uma causa médica identificável (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Schraiber e colaboradores (2005) afirmam que, embora sejam competentes para cuidar e tratar do corpo doente, além de diagnosticar quadros mórbidos, os profissionais da saúde “[...] lidam mal com demandas mais inespecíficas, que não se caracterizam como doenças, ainda que representem, de fato, sofrimentos e necessidades da clientela dos serviços, ou que possam levar a adoecimentos” (SCHRAIBER et al. 2005, p. 93).

Estudos realizados nos Estados Unidos sobre a “síndrome da mulher espancada” (*battering syndrome*) evidenciam o aumento de sintomas clínicos, em geral, e o sofrimento mental duradouro, os quais demonstram que a violência é o principal fator para as mulheres procurarem os médicos. Por isso, as dores generalizadas e os sofrimentos vagos deveriam ser um alerta para a pergunta direta à paciente sobre uma possível vivência de violência doméstica; informam Schraiber et al (2005).

A frequência de citação da violência física pode ainda ser justificada pelo fato do objetivo dos serviços ofertados nas unidades de saúde em que os profissionais foram entrevistados apresentar caráter emergencial. À vista disso, Lygia faz a seguinte afirmação: “cortes, geralmente, é menos, mais é aquela agressão assim [faz movimento de soco] de hematoma, de pessoa que foi agredida por murro, chute, esse tipo de coisa. Outras coisas quase não aparecem”.

Todavia, apesar de as marcas visíveis da violência serem predominantes, isso não significa que, em uma análise mais rigorosa, outras agressões escapem. Para isso, é preciso que o profissional tenha um olhar empático e comprometido com a saúde integral da mulher. É o que pode ser percebido no depoimento de Gal:

Às vezes, no momento do contato de um atendimento mais específico, nós vamos identificando outras situações de violência, mas o primeiro momento é que acaba surgindo para nós é a violência física ou violência sexual. (GAL)

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, na Atenção Primária (APS), justamente a porta de entrada de acolhimento de uma mulher que sofre violência, observamos serem os lugares com menores índices de notificação (ver Tabela 5). Isso é particularmente preocupante se consideramos que as APSs se constituem como um espaço de maior proximidade com a população, devendo, assim, favorecer a construção de atendimentos mais humanizados, pautados na confiança entre os profissionais e as pacientes, facilitando o trabalho de promoção da saúde (BRASIL, 2016a).

A promoção da saúde se refere ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (WHO, 1986). A PNPS determina a cultura da paz e dos direitos humanos como elementos determinantes para uma vida saudável. Nesse viés, o enfrentamento da violência passa a ser tão importante para a promoção da saúde quanto a alimentação saudável, a prática de atividades físicas ou o enfrentamento do uso de álcool e outras drogas (MINAYO et al., 2018). Destacamos, então, a íntima relação entre ações de promoção da saúde com os estudos de enfrentamento da violência.

A elaboração e a implementação de políticas públicas de proteção às mulheres, vítimas de violência de gênero de quaisquer naturezas (lesões dolosas, estupros, tráfico humano, entre outras), devem ser pensadas como fundamentais para a promoção da saúde feminina, visto que uma vida saudável é incompatível com experiências de violência (WHO, 2021).

A violência de gênero, em especial quando praticada pelos parceiros íntimos, oferece muitas dificuldades para quem precisa, de algum modo, se envolver com o acontecimento. Inegavelmente, é um momento muito doloroso para as vítimas, mas há dificuldades também a serem enfrentadas pelos profissionais da saúde. Um fato é que nem sempre o profissional estará diante de uma mulher que “fala” espontaneamente sobre seus traumas físicos e psíquicos, exigindo uma equipe multidisciplinar e multiprofissional preparada.

Uma das entrevistadas, Tarsila, diz que algumas mulheres chegam ao atendimento com crise de ansiedade: “[...] Aí você vai ver a crise de ansiedade está relacionada a alguma coisa que aconteceu uns dias atrás em casa”. Para Míriam, mesmo quando a mulher decide falar, nem sempre fala tudo e, ainda, segundo Nise, é comum às vítimas procurarem o serviço por causa de crise nervosa, sem contar o que a desencadeou. Essa situação é bem típica do senso comum; tradicionalmente, o homem é visto como bravo, nervoso, mas são as mulheres que, com mais frequência, são taxadas como alguém “sofrendo dos nervos”, isto é, em estado depressivo, estressadas, ansiosas, com sintomas possivelmente desencadeados por vivência em um contexto violento (KRUG et al. 2002).

Além da dificuldade das mulheres em situação de violência de procurar os serviços de saúde, quando isso é feito, os discursos são permeados por queixas vagas e indiretas, que exigem do profissional uma escuta qualificada e muito atenta. Além disso, o profissional não deve se deixar levar por estereótipos de gênero, os quais validam a supremacia masculina na relação conjugal, legitimando a ideia de que desentendimentos conjugais são comuns e passageiros.

Por isso, procuramos saber a opinião das nossas entrevistadas e do entrevistado sobre o ditado popular: “em briga de marido e mulher não se mete a colher”. As respostas obtidas evidenciam que a posição a ser tomada dependerá do “nível” de violência e de sofrimento da vítima – posicionamentos não aplicados a “qualquer violência”. Somente quando os agravos são considerados realmente sérios parece plausível aos profissionais a interferência de terceiros, desconsiderando que as agressões costumam ir crescendo até atingir limites, por vezes, fatais. As vítimas de feminicídio, por exemplo, são o resultado da invisibilidade de violências tidas como de menor significância.

Assim, a partir da perspectiva dos profissionais ouvidos, a representação de que violências não físicas são menos graves é parte de um discurso em circulação na sociedade, além de violar os direitos das mulheres enquanto cidadãs.

6.3 Olhar biomédico

O atendimento inicial às mulheres que procuram o serviço de saúde após sofrerem violência é reducionista, porque se limita, quase sempre, a aspectos físicos. Ao se limitar o cuidado unicamente a partir dos sintomas aparentes, têm-se uma visão muito simplista do binômio saúde/adoecimento. Isso contribui tanto para a manutenção da situação de violência, quanto para a perpetuação desse ciclo, diminuindo a eficácia dos serviços de saúde. Essa postura fundamenta-se em uma formação profissional fragmentada, que não considera os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo de adoecer; como se pode observar nos currículos das faculdades das áreas da saúde, nos quais não há uma proposta de abordagem da questão da violência de forma holística e multidisciplinar (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Isso nos parece bastante evidenciado no depoimento de Dandara:

[...] a gente trabalha com Sistema de Triagem Manchester (STM), utilizado na nossa emergência. É uma metodologia científica que tem por objetivo organizar a demanda de pacientes que procuram atendimento de emergência, identificando as prioridades clínicas antes da avaliação médica. Aqui, então, a classificação do atendimento vai ser de uma forma X. Depois ela [a paciente] passa pelo atendimento médico e aí é que o médico realmente identifica e faz o diagnóstico, né? Eles é que têm essa capacidade e daí já coloca o CID. (DANDARA)

O STM surgiu da necessidade de organizar o atendimento dos serviços de emergência que, geralmente, têm alta demanda, diminuindo o tempo de espera nos hospitais e reduzindo o risco de complicações decorrentes de longa espera. Encontra-se dividido em cinco categorias de prioridade no atendimento: emergência (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul).

Com relação ao atendimento de mulheres que sofreram alguma violência, um estudo de Oliveira; Zocche; Rohden (2018) afirma que o Protocolo de Manchester auxilia na assistência em saúde e na tomada de decisões, porém não contempla todas as especificidades das pacientes. Os autores (2018) citam também o Protocolo de Atenção Básica-Saúde das Mulheres do SUS, voltado às vítimas de violência, o qual institui a prioridade do acolhimento em detrimento de ações burocráticas. Algumas das etapas do atendimento estão descritas nas declarações de Tarsila e de Nise:

Ela chega, abre a ficha na recepção. Na ficha de recepção ela é encaminhada pro acolhimento fazer a triagem, verificar aquela queixa. A

maioria das vezes, prescreve uma medicação, às vezes raios-X, pra ver se tem fratura alguma coisa, e ela fica no setor da medicação. (TARSILA)

O atendimento é só médico e para ver se houve alguma coisa grave física, só [...] o que a UPA oferta é físico. (NISE)

O sistema precisa se basear na micropolítica do cuidado, concernente à forma como o profissional de saúde reconhece e trabalha com suas limitações e potenciais no cuidado em saúde, possibilitando o envolvimento de aspectos subjetivos, coletivos e criativos (ROLNIK; GUATARI, 2006). Rolnik (2011) menciona, ainda, o afeto que permeia a relação cuidador-paciente. O afeto, estabelecido especialmente pela escuta, move, adapta e aperfeiçoa o trabalhador da saúde, entrelaçado suas histórias às de seus pacientes, buscando entender e acolher aquelas que tiveram direitos e corpos violados .

É justamente nesse sentido que os estudos feministas interseccionais podem trazer contribuições importantes nos estudos da violência de gênero. A partir do conceito de interseccionalidade (CRENSHAW, 2002), podemos compreender como o pertencimento ao gênero feminino se alia a outras identidades, como classe social, sexualidade, raça, etnia, geração, escolaridade, pertencimento geográfico e se somam para potencializar fragilidades das mulheres às violências (AKOTIRENE, 2019; COLLINS; BILGE, 2021).

A análise das narrativas também deixou evidenciar que a postura mais adotada pelos profissionais incumbidos da triagem das pacientes é a de não interferir diante de casos evidentes de violência. Esse fato pode ser percebido no relato a seguir:

Primeira coisa é passar pelo médico, porque ela vai estar sentindo dor, precisa fazer raio-X, alguma coisa. Ali, naquele primeiro momento, não aborda muito, só relata o que ela está falando e já encaminha para o médico fazer o atendimento. (LYGIA)

Essa forma de pensar denota que as mulheres recorrem aos serviços de saúde apenas para minimizar os agravos físicos e não falar sobre situações de violência de sua vida familiar e íntima. Não é o que alguns estudos têm trazido como orientação. Para Netto et al. (2018) e Zuchi et al. (2018), o cuidado precisa possibilitar um resgate dos vínculos sociais e permitir às mulheres um espaço de fala, em que possam narrar sobre suas experiências com a violência.

Frente à fragilidade dos casos, os profissionais tendem a se conduzir por protocolos institucionais, ou seja, instrumentos de orientação técnica, predominando, dessa forma, uma relação mais técnica-instrumental do cuidado, do que uma proposta de atendimento humanizado. Muitas vezes, as mulheres recebem dos profissionais de saúde cuidados

técnicos e mecanizados, com foco na recuperação do corpo violentado, além da indicação de remédios psiquiátricos para o sofrimento psíquico (LEMES; MARONI; RODRIGUES, 2022). A prescrição de medicamento para mulheres em situação de violência é um erro grave, porque busca tratar a vítima, ao invés do agressor. O atendimento realizado em casos de violência sexual, abordado por uma das entrevistadas, apresenta esse cenário:

A mulher que sofreu violência sexual, quando chega, já vem lá do acolhimento, passa pela médica, é avaliada e tem um determinado tempo de medicação. Tem até 72 horas para iniciar as medicações. Os profiláticos vêm com uma bandeja desse tamanho [faz movimento com as mãos], vêm com uma receita desse tamanho [faz movimento com as mãos], uma prescrição médica, aí a gente faz aquela lista de medicação. Várias furadas e agulha que essa coitada leva, além da violência que ela sofreu. (CORA)

A violência sexual é uma agressão imensa à mulher, desencadeando sentimento de vergonha e medo. Por isso mesmo, embora seja de caráter emergencial, o atendimento deve ser precedido pela escuta. Perder a oportunidade de travar um diálogo afetivo, de demonstrar empatia e solidariedade à mulher nesse momento máximo de vulnerabilidade reforça, como bem entende Cora, a violência. Segundo Lemes; Maroni; Rodrigues (2022), o acolhimento tem como papel primordial visar e resultar na melhoria dos atendimentos, com a finalidade de estreitar laços entre equipe e usuário, promovendo a formação e o estabelecimento de vínculos e, conseqüentemente, oferecendo maiores possibilidades de sucesso no tratamento clínico.

De modo geral, o atendimento clínico feito pelo médico pode e deve ter essas mesmas características, não havendo obrigatoriedade de o procedimento ser realizado pela equipe da enfermagem ou da assistência social.

Nos trechos a seguir, podemos entender como as entrevistadas percebem que a violência é uma agressão à integridade física e esta deve ser a primeira a ser foco de atenção. Acolhimento e, especialmente, denúncia, são ações posteriores.

E a gente explica assim “prioridade é sua saúde física nesse momento, então, recupera ela, e um outro momento você vai na delegacia, faça um boletim de ocorrência né, mas isso é depois”. (TARSILA)

Mas primeiramente eu espero ela passar por atendimento, pela classificação de risco, pelo atendimento médico, e só depois que eu vou fazer o acolhimento da paciente. (ELIS)

[...] a pessoa entra por questão médica né, então nada mais justo que ela passar pelo médico em primeiro lugar [...] o atendimento é depois quando ela estiver estabilizada, mais tranquila, passa pelo serviço social e a gente atende. (GAL)

O que nos preocupa, todavia, é a prioridade dada ao atendimento médico, mas também ao olhar biomédico, que é voltado prioritariamente às dores físicas, desconsiderando que sofrer violência física de parceiros íntimos é uma dor muito mais profunda.

Tarsila confirma que a prioridade no atendimento deve ser a saúde física da vítima, para, em seguida, buscar outros suportes, como, por exemplo, apoio da segurança pública. Mesmo as delegacias exercendo uma importante representatividade no enfrentamento da violência, com a criminalização de violências que antes eram tomadas como de cunho individual, “da porta de casa para dentro”, é preciso pensar na construção de práticas articuladas em rede. Os atendimentos poderiam, a exemplo, serem feitos conjuntamente, possibilitando o conhecimento de toda a rede especializada que acompanha casos de violência, no entanto, o suporte à vítima segue sendo pouco articulado (MINAYO et al., 2018).

6.4 Crenças pessoais

A estrutura patriarcal legitima a violência masculina, entendendo-a como resultado de imperativos biológicos, por isso, compreensíveis e aceitáveis. Isso pôde ser percebido nos discursos dos profissionais entrevistados, havendo uma certa ambiguidade em relação aos seus sentimentos relacionados à violência de gênero contra as mulheres. Conforme notamos, os preconceitos de gênero dificultam o atendimento das mulheres que não recebem o apoio emocional desejado e, na mesma linha de um estudo de Almeida (2022), são desqualificadas e colocadas sob um olhar de suspeição pelos agentes de saúde, assim como é apresentado nos fragmentos a seguir:

Infelizmente a equipe tem um pouco [de preconceito]. Ainda mais quando chega alterada, você vê que usou alguma coisa, a gente faz o atendimento, passa pelo médico, mas tem aquele preconceito também, né? Porque, às vezes, a gente brinca “essa aí estava na igreja rezando. A gente fica indignada [...] dá a impressão que procurou, que estava ali bêbada, as vestimentas, às vezes, não são propícias e então acaba... parece que assim, é aquele preconceito da sociedade que leva a isso, né? [...], a gente olha o tipo da pessoa e já fala “procurou”. (NISE)

Infelizmente tem profissionais que julgam. Quando [a mulher] chega, acontece julgamento. Às vezes, falam alguma coisa [para a paciente] e isso é muito difícil porque elas chegam e, se forem julgadas, é uma paciente que não vai voltar mais, a gente vai perder aquele vínculo com aquela paciente. (DANDARA)

Com essa fala, percebe-se que, muitas vezes, o discurso sobre a mulher e sobre as violências sofridas tem como amparo um falso moralismo, como se houvesse qualquer justificativa para as agressões sofridas. Dessa forma, é possível que haja julgamento e condutas impróprias em serviços de apoio à vítima. De acordo com os estudos de D'Oliveira; Schraiber (2013), respostas inadequadas ou culpabilizadoras, por parte dos profissionais, às mulheres que recebem atendimento, no serviço de saúde ou qualquer outro local, constituem-se como uma violência institucional.

A primeira consideração a ser feita é: as narrativas evidenciam que os profissionais da saúde percebem o olhar estigmatizado sobre a mulher vítima de violência como algo inadequado, mas é interessante destacar o fato de que é sempre um outro profissional que é acusado de adotar essa postura. Não aconteceu de nenhum profissional repensar a sua própria atuação reconhecendo ser também reprodutora de preconceitos de gênero. Além disso, segundo Dandara, mesmo as profissionais de saúde do sexo feminino apresentam comportamentos machistas no atendimento às mulheres que sofreram algum tipo de violência e procuram as unidades de saúde.

6.5 Rede de cuidados

A falta de profissionais em números adequados e da articulação da rede de atenção e proteção integral às mulheres em situação de violência envolve o sistema de saúde, a assistência social, a educação, os conselhos tutelares, a justiça e a segurança pública. A ausência de suporte institucional e de equipe multidisciplinar no quadro funcional colabora para que as ações dos profissionais fiquem restritas (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Esse fato fica evidenciado na fala de Bertha:

Eu acho que deveria ter mais servidor para dar um atendimento não só no dia, para que elas pudessem vir ou ter a base na rede, na UBS, no posto para acompanhamento psicológico. Elas ficam muito largadas, porque não tem profissional suficiente, sei lá. Eu acho que falta assim mais envolvimento, elas deviam ficar mais na rede, mais tempo, acompanhadas mais de perto. (BERTHA)

Uma das principais barreiras encontradas pelos profissionais de saúde é, sem dúvida, a dificuldade de lidar com um tema tão cheio de complexidades, como é o caso da violência. Se não houver espaços e oportunidades para que os profissionais da saúde possam autorrefletir e questionar-se sob uma perspectiva crítica de gênero, mais facilmente os

preconceitos e estereótipos comprometerão o trabalho a ser realizado. Segundo Cora, as situações de violência que atende causam-lhe medo. Bertha diz se sentir impotente diante das situações e que o marido nem gosta de comentários sobre os casos atendidos por ela.

Providenciar a assistência e os encaminhamentos à rede de proteção às vítimas de violência, como Delegacia da Mulher, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Organizações Não Governamentais (ONGs), deve fazer parte das ações a serem tomadas pelos profissionais da saúde. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que as pessoas atuantes na área tenham um conhecimento prévio a respeito da oferta de serviços de cada rede de atenção. Capacitações e formações contínuas são de competência da gestão local. As instituições precisam funcionar de maneira articulada, especialmente compreendendo que o direito das mulheres a uma vida de paz é um direito humano (MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020).

Outra ação necessária é a efetiva responsabilização do Estado pelo cuidado e pela proteção às mulheres. Conforme Nelson, profissional da área de enfermagem e único homem participante deste estudo, o Estado não dá efetivo amparo às mulheres que denunciam a violência, gerando insegurança e medo nas vítimas de possíveis retaliações dos agressores. Além disso, ele entende que a falta de informações sobre onde e como a mulher deve procurar ajuda ao sofrer agressões é outro elemento muito prejudicial.

A trajetória das mulheres que buscam romper o ciclo da violência é conceituada como rota crítica, incluindo todas as ações a serem tomadas, desde o momento da agressão até a procura de ajuda para sair da situação de violência (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Sobre essa tomada de posição da mulher, Tarsila afirma:

[...] parece que é difícil para a mulher sair desse ciclo. A gente já atendeu várias. Aconteceu uma vez e aconteceu de novo e aconteceu de novo [...] tem uma que... fizemos orientações encaminhamos ao CRAM, e tempos depois ela apareceu de novo [sofrendo violência] do mesmo companheiro.
(TARSILA)

A ideia de que a mulher sempre volta para o companheiro é vista com recriminação. O conceito de que as mulheres “aceitam” a violência não é muito pertinente, pois, como uma entrevistada admite, as condições concretas de existência dificultam uma mudança de vida. Assim, são questões práticas que também precisam ser consideradas, como nos mostra Gabriela:

[...] existe sempre ali uma submissão da mulher em relação ao homem. A dependência da mulher em relação a esse homem tanto financeiramente, a dependência emocional, porque envolve filhos, em todos os casos envolve crianças, e essa dependência que elas sentem, é isso que segura com que elas não abandonam a família, não abandonam a casa, porque muitas não têm emprego, não têm estudo, então, isso segura, e elas acabam aceitando a violência. (ELIS)

Para que a rota crítica seja acessada com sucesso é muito importante às mulheres vítimas de violência terem uma percepção positiva sobre os serviços de saúde, de assistência social e judiciária. A falta de estrutura dos serviços, a pouca qualificação técnica para o atendimento e, inclusive, para a notificação (CAUS et al., 2021), somadas às ações efetivas de punição dos agressores, são elementos muito comprometedores. Clarice indica que:

[...] sempre fica a critério da mulher, se ela quer ou não quer [dar sequência ao atendimento psicossocial]. Aí é feito o encaminhamento normal, encaminha para rede, o serviço social, o CRAS, a delegacia. Se ela achar necessário. E termina o atendimento assim mesmo. (CLARICE)

A rede de apoio precisa estar em funcionamento ou algumas mulheres terminam por se sujeitarem à violência dos seus parceiros ou ex-parceiros. A respeito desse aspecto, os entrevistados asseveram:

Porque é igual eu estava comentando, a mulher não tem pra onde ir, ela volta pra casa, e se a polícia bater lá na casa dela, vai piorar na verdade, vai piorar no momento. É lógico que depois, se tivesse o suporte, se existisse esse suporte até financeiro também para ela, para família, para todo mundo, aí melhoraria. (CLARICE)

[...] eu já recebi paciente que não queria denunciar, mas, assim, é submissão, é medo. Na verdade, não é uma vontade dela, é a condição [não ter pra onde ir] que não deixa ela tomar uma atitude. (NELSON)

A falta de feedback sobre os atendimentos realizados nas unidades de saúde, após encaminhamentos, também foi citada por alguns profissionais como algo que não acontece:

E a gente não soube o desfecho disso. A UPA tem essa dificuldade de “e o que aconteceu, afinal?”. A gente geralmente não sabe o [resultado] do que a gente faz. Veio por dor, tratou a dor, fizemos orientações e encaminhamentos e aí some da nossa vista. (TARSILA)

[...] a gente normalmente não tem o desfecho da história, o que aconteceu, se a mulher teve uma medida protetiva, se ela realmente ficou segura. O seguimento de tudo isso eu não sei. (NELSON)

[...] eu não tenho feedback da rede, e eu não consigo acompanhar esses casos. Realmente, eu sinto muita falta desse feedback porque eu perco todo o atendimento após. Embora considerando também que nós somos uma

unidade de pronto atendimento eu não vou conseguir acolher novamente essa paciente, claro, a não ser que seja *uma* outra situação. (ELIS)

Identifica-se, também, nos relatos dos profissionais, a ideia de que a possibilidade de uma mulher sair do ciclo de violência pelo fato do pertencimento ao gênero feminino depende da vontade dela aliada às ações políticas, como, por exemplo, a efetiva punição dos agressores. Esse ponto de vista pode ser observado nos seguintes trechos:

[...] a gente tem que fazer a nossa parte. Também não depende da gente, mas a gente está aqui, a gente tem que cumprir o nosso papel, e tentar garantir o direito dela, mas tudo depende dela também, *né?* E da rede, dos serviços fora daqui. (TARSILA)

[...] quando elas querem ajuda eu acho que, como serviço de saúde, a gente consegue, mas quando elas não querem fazer a denúncia, não querem ajuda, aí não tem muito pra onde a gente correr né? Acho que estrutura tem, só basta *elas querer, né*, fazer a parte delas, que é denunciar; mas eu acho que é aí que está a... eu não digo a falha... a dificuldade. A dificuldade é tem que partir delas, se não partir delas a gente fica de mãos atadas. (ANA)

Se ela vai denunciar ou continuar com isso aí já é uma coisa dela, então como a gente fala, a gente tira o nosso peso da gente. (ANA)

Conforme relato de Ana, chama a atenção, na fala da profissional, o suposto fato de que se a mulher quisesse, o ciclo da violência poderia ser rompido. Implicam-se aqui atitudes tomadas, nem sempre acolhedoras, mas sim crivadas em julgamentos morais. Atendimentos são assim contaminados por percepções pessoais dos profissionais de saúde, marcadas por estereótipos sobre as relações de gênero.

Uma colocação importante foi mencionada por uma entrevistada: a de que os homens agressores também deveriam receber atendimento especializado. Essa medida, de fato, poderia trazer resultados muito positivos, porque muitos agressores nem sequer têm consciência de estarem fazendo algo errado, justamente por terem sido socializados em um modelo que não só legitima, mas enaltece a masculinidade tóxica e misógina. Sobre essa proposta, citamos a declaração de Gabriela:

Não existe uma política voltada para os homens no momento. Eles são os agressores e a gente não vê nenhuma política voltada pra eles também, para conscientizar eles com relação a toda essa violência, a gente só vê a defesa para a mulher. O homem acaba saindo sem essa política. (ELIS)

A rede de cuidado dentro das próprias unidades de pronto atendimento/urgência e emergência também apresentou alguns pontos sobre a importância da articulação interna,

mostrando ações positivas realizadas em Maringá-PR. Esse fato pode ser verificado nas afirmações de Carolina e de Gal:

A gente busca fazer esse acolhimento, busca fazer essa relação também com a equipe, com o serviço social, o que pode ser feito em relação aquela situação, como lidar com aquela situação, ouvindo o que essa mulher fala, o que ela traz, o que ela enxerga também de possibilidades [...] fazer o máximo possível, dar um cuidado humanizado. Um plano de cuidado, de suporte, tanto durante o tempo aqui quando depois. (CAROLINA)

Eu acho que a rede socioassistencial de Maringá é muito boa. O CREAS consegue fazer o trabalho bem, o CRAM consegue fazer o trabalho bem, eles são focados nisso. (GAL)

6.6 Notificação versus denúncia

A notificação da violência foi descrita por alguns entrevistados como uma rotina de trabalho, fazendo parte das ações do dia a dia, parecendo ser algo automático, assim como se notificam casos de tuberculose, doença de chagas, cólera, entre outras. As Leis n.º 10.778/2003 e n.º 13.391/2019, específicas para a violência contra as mulheres, não parecem ser norteadoras do procedimento:

[...] porque o SINAN para gente é uma realidade, não é só pra violência, é pra todas as doenças, então a gente está inserido nisso. Falou que é uma doença ou algo de notificação é automática não tem como o paciente chegar e a gente não ligar [notificar]. (BERTHA)

É como se fosse das outras vezes de notificação compulsória. Porque a gente tem as fichas de tuberculose, HIV, não sei o que lá. Se aparecer a gente tem a obrigação de fazer a notificação. E isso [a violência] entrou ali no bolo junto. (LYGIA)

Apenas uma das profissionais, com menor tempo de atuação na unidade de saúde, e com formação superior mais recente, ou seja, “recém-formada”, relata sobre a importância da notificação adotando uma perspectiva mais consciente e quanto aos seus sentimentos em relação à posição adotada por outros colegas de trabalho:

Eu particularmente não tenho dificuldade, porque já preenchi bastante, ainda na faculdade preenchi, aqui também. Mas eu percebo outros profissionais que têm. Ela acaba sendo preenchida muito incompleta. E eu já escutei até mesmo de superiores falando “tal coisa não precisa preencher”. Gente, se está ali é para preencher, sabe, qualquer informação se está ali é para preencher. Eu lembro muito de uma frase da minha professora falando assim: “olha tem ali o ignorado, mas evita colocar o ignorado porque se tem esse dado, esse dado é importante ou vai ser importante em algum momento”. Então, eu aprendi desde a faculdade a

preencher certinho, e hoje não tenho dificuldade em relação a isso. Mas eu percebo que outras pessoas têm. (DANDARA)

Verificamos, além disso, ser pouco usual que os médicos façam a notificação. A ficha é preenchida predominantemente pelos profissionais da assistência social, da epidemiologia e da enfermagem, assim como indicam Elis e Maria:

Cabe a toda a equipe preencher. É claro que às vezes sobra para o serviço social, porque eu vou abordar o paciente, vou coletar maiores informações pessoalmente. (ELIS)

Não, quem notifica aqui é só a enfermagem. Na verdade, qualquer um pode notificar, mas os médicos, infelizmente, eles não fazem papelada, eles acham que não é [serviço] deles. (MARIA)

Quanto à posição adotada pelos médicos, os profissionais entrevistados foram unânimes: “eles não realizam a notificação”, pois, segundo Gal, “eles odeiam preencher aquele negócio”. Essa resistência nos parece mais resultado de um olhar biomédico para as questões envolvendo a violência doméstica e de gênero, que termina entendida como distinta da clínica.

O atendimento parece ser realizado de maneira bifurcada, enquanto os médicos estão mais no campo do conhecimento/teoria, os outros funcionários ficam encarregados de lidar com o cuidado. Nesse sentido, por não se estabelecer essa relação direta, teórica e prática, o cuidado, o atendimento e o processo de notificação podem ser prejudicados.

Essas informações se confirmaram quando tentamos uma entrevista com um médico de uma das UPAs. Ele afirmou não poder ajudar na pesquisa, pois nunca havia preenchido uma ficha de notificação. Todavia, além do atendimento relacionado às questões físicas, constitui-se também como função do médico auxiliar e informar a vítima de violência de maneira efetiva sobre as ações que a ajudem a sair da situação em segurança, além da realização do preenchimento da ficha de notificação (SOUZA et al., 2020).

É quase comum ainda a ideia de que as mulheres não contam sobre a violência doméstica. De fato, medo e vergonha comprometem essa tomada de decisão, mas em um estudo de Souza e Cintra (2018), 70% das mulheres que haviam sido agredidas e atendidas em um pronto-socorro afirmaram a possibilidade de relatar o episódio, caso alguém da equipe de saúde perguntasse.

Identificamos, ainda, a existência de retrabalho realizado pelos profissionais do setor de epidemiologia. Conforme relato de Anita, atuante no setor de epidemiologia, ao final do dia, a equipe realiza busca ativa nos prontuários para verificar se houve algum caso em que a

ficha de notificação não foi preenchida. Caso haja, a notificação é realizada e encaminhada para a assistente social, no intuito de serem acrescentadas informações mais precisas, uma vez que o prontuário não capta todos os dados possíveis. Anita, apesar de realizar um “trabalho dobrado”, considera a importância dessa ação no enfrentamento da violência, de maneira mais pontual.

Na coleta e análise de dados, constatamos o desconhecimento dos profissionais a respeito da alteração da Lei n.º 10.778/2003, cuja regulamentação previa a notificação da violência, pela Lei n.º 13.931/2019, que obriga a denúncia de violência contra a mulher em um período de até 24 horas à polícia. Os fragmentos a seguir exemplificam essa ausência de conhecimento sobre a norma em questão:

E eu tenho que inteirar também dessa lei, quais são os itens certinhos, em que momento é *feito* essa denúncia, quais são os graus de violência, se enquadra nessa denúncia de 24 horas apenas uma violência psicológica. Vamos ter que fazer uma denúncia em 24 horas? (ELIS)

Isso tem que ser regulamentado no hospital, tem que ser por uma portaria, quem vai fazer. Eu faço atendimento profissional, eu faço atendimento técnico, eu não estou aqui pra fazer denúncia. (GAL)

Teve casos aqui de violência contra a mulher que disse que até 24 horas a gente tinha que mandar uma notificação para a delegacia, informando que a paciente estava aqui, para gerar um Boletim de Ocorrência, mas a paciente não quer, às vezes. Ela não é obrigada. (GAL)

Porém, na fala de Bertha, notamos, de maneira mais evidente, o desconhecimento da legislação destinada ao amparo das mulheres que sofreram violência:

Essa parte [conhecimento da legislação que embasa a obrigatoriedade da notificação da violência] é mais do serviço social... O nosso é mais cuidado. Não tem jeito, a gente não liga muito para lei não, a gente quer cuidar, depois a gente vê se está dentro da lei ou não. É o agir. (BERTHA)

O trabalho da polícia, da Guarda Municipal e da patrulha Maria da Penha na cidade de Maringá-PR foi criticado pelos entrevistados, os quais consideraram que os profissionais desses setores são despreparados e nem sempre dão aos casos a atenção merecida. Tarsila informou que, no caso da Patrulha Maria da Penha, já aconteceu de o serviço ser acionado e a resposta ser: “a gente não vai, não é flagrante, ela pode ir na delegacia da mulher”. Para Míriam, fazer a denúncia não adianta muito, porque só registra e não acontece mais nada. Outro agravante é que alguns policiais, majoritariamente do sexo masculino, naturalizam a violência contra as mulheres. Algumas das dificuldades constam nas afirmações disponibilizadas a seguir:

Se a gente souber que está tendo agressão a gente tem que denunciar sim, mas desde que a pessoa concorde, porque o policial que a gente chamou uma vez ele ficou bem bravo com a gente porque a mulher não queria denunciar. [Ele disse] que era um absurdo se a própria pessoa não queria, levamos um sermão. A polícia acha que não é grave se não tem morte. Dependendo de como o policial fala, intimida até a gente, imagina a pessoa que já está com um trauma. (MARIA)

Eu presenciei uma abordagem que o policial ficava falando o tempo todo: “Mas você já apanhou dele? Você ainda continua com ele?”. Virou uma briga da mulher com o policial de tanto questionamento, da maneira que ele abordou, entendeu? A polícia também não é preparada pra esse tipo de abordagem, eles têm muito preconceito. (NISE)

Para Buzawa e Buzawa (2003), conceber a violência doméstica como assunto da esfera privada e, ainda mais, concordar que as mulheres são as deflagradoras dessa situação são posicionamentos comprometedores da ação dos policiais e da intervenção dos atos agressivos. A falta de confiança na ação da polícia, seja por parte das mulheres agredidas, seja por parte dos profissionais da saúde, é muito prejudicial.

Kind et al. (2013) alertam que pensar a notificação como uma denúncia poderia inibir o registro das violências, perdendo de vista a finalidade da notificação como peça de organização de dados epidemiológicos, de produção de informações de saúde, com vistas ao dimensionamento da magnitude e de um dado problema para um planejamento mais adequado de estratégias assistenciais.

Notificar é registrar, comunicar, servindo a ficha de notificação como o instrumento destinado a essa finalidade, diferentemente de denúncia, que caminha no sentido de atribuir responsabilidade a uma ação tida como ilegal. Contudo, no depoimento de Lygia, a entrevistada não faz essa distinção: “mas já teve casos que eu chamei a polícia pra fazer a notificação e ela veio” (LYGIA).

É interessante que Gal – e ela não está sozinha nesse modo de conceber a situação – pensa ser uma prerrogativa do profissional escolher definir os casos efetivamente passíveis de notificação. Essa forma de pensar se configura como um erro grave. A seguir, apresentamos o momento em que a profissional se posiciona sobre esse ponto:

Eu faço atendimento profissional, igual da psicologia, do médico, igual da enfermagem, né. Aí eu encaminho para a rede, faço minha interlocução com a rede e tal. Mas não que eu vá ficar notificando tudo que é tipo de agressão que chegar aqui. (GAL)

Ainda, de acordo com a análise das narrativas coletadas na entrevista, as profissionais mais novas no serviço buscam a ajuda daquelas que possuem mais experiência

sobre como proceder nesse tipo de atendimento. Nise, por exemplo, ensina que é preciso ir conversando com as mulheres, deixando-as se sentirem mais à vontade, e aí “elas ficam conversando baixinho, vão diminuindo a voz e acabam contando, entendeu?”.

6.7 Educação permanente e rotatividade

Os trabalhadores têm percebido a dificuldade de atuarem na questão da violência por falta de capacitação de profissionais do setor:

Quando eu entrei aqui, eu não tinha nenhuma preparação com isso, tanto é que eu recorri a quem *era* os mais experientes, então, eu acho que faltava, falta um pouco de preparo para gente nessa parte, para gente poder acolher certinho, destinar o paciente para os serviços corretos. (CECÍLIA)

A rotatividade dos profissionais também foi descrita como algo que compromete a eficácia do trabalho:

Aqui na UPA a gente não tá tendo educação permanente e mudou muito funcionário. (TARSILA)

Assim, a gente precisa melhorar, ainda melhorar bastante, porque, aqui tem uma rotatividade de profissionais muito grande, um entra e sai. Tem muitas pessoas, muitos funcionários que chegaram aqui que não tiveram curso, não passaram por um treinamento, por uma, sei lá, uma avaliação para fazer esse atendimento assim, específico, mais minucioso, mais sigiloso. (CORA)

A Upa Zona Sul tem 10 anos e já teve 11 diretores. A Upa Zona Norte, por sua vez, teve 8 diretores em um período de existência de 11 anos. Essas informações, de fato, indicam alta rotatividade, não só dos funcionários, mas também da equipe gestora. Para Branco e colaboradores (2010), a rotatividade interfere na sensibilização e prejudica os processos de trabalho de assistência às mulheres em situação de violência, fragilizando a longitudinalidade do trabalho.

Outro ponto que merece atenção é: entre as pessoas entrevistadas, apenas uma era do sexo masculino. Essa escolha não foi proposital, mas verifica-se porque mulheres são dominantes entre as trabalhadoras da enfermagem e da assistência social, e é importante pensar que essas profissionais também vivem situações de fragilidade por serem mulheres. Para Lemes; Maroni e Rodrigues (2022), há um atravessamento do qual não se pode escapar, que é o reconhecimento dessas profissionais em uma existência em corpos femininos, assim como percebemos na afirmação de Cora: “[...] já fui casada, hoje moro

sozinha, meu relacionamento não foi lá grande coisa por conta também de abuso, abuso psicológico, físico”.

Outro ponto importante é o medo que acompanha essas profissionais de sofrerem retaliações por parte dos agressores das mulheres atendidas, como vemos a seguir:

A Upa não tem segurança e a gente atende esses casos... Dá um certo receio, eu sinto um pouco de medo. Teve uma situação que a gente atendeu e o agressor era um policial. Então, assim foi bem tenso, a gente fica tenso, porque a gente não sabe o que pode vir a acontecer. (TARSILA)

Não é incomum que o agressor acompanhe a mulher ao serviço de atendimento. Nesse caso, a situação é ainda mais complexa e ameaçadora para as enfermeiras, evidenciando o quanto a mulher é vulnerável à violência masculina. Sobre essa questão, Nelson afirma:

Quando os profissionais são do sexo feminino a resistência é maior. Quando as meninas têm dificuldade [na abordagem] vai atrás de um enfermeiro homem [...] eles ficam menos agressivos. (NELSON)

6.8 Quem são as mulheres que sofrem violência?

A partir dos dados quantitativos e qualitativos, buscamos responder à proposta inicial deste estudo, voltada ao conhecimento das características de mulheres que enfrentaram situação de violência praticada pelos parceiros ou ex-parceiros íntimos em Maringá-PR, ao receberem atendimento em serviços de urgência e emergência, entre 2015 e 2019.

Para mobilizar a pesquisa, buscamos saber a classe social predominante entre essas mulheres, a idade delas, o nível de escolaridade, a raça a que pertencem, entre outras informações, dados obtidos, também, em conversa com os profissionais da saúde, responsáveis pela notificação dos dados quantitativos levantados neste trabalho. Nas entrevistas, os profissionais apontam o seguinte perfil:

A maioria é de uma classe financeira mais baixa, mas também tem alguns casos que eu me lembro de um caso de ensino superior e foi um caso que me marcou porque era diferente. (TARSILA)

Assim, aqui na Upa, eu acho que eu peguei uns 2 ou 3 casos assim de violência contra a mulher e eram mulheres estudadas, bem instruídas. Não é mais aquela mulher que não tem estudo. (ANA)

O fato da mulher não ser escolarizada e não ter um trabalho remunerado foi apontado como fator de vulnerabilidade à violência. Esse é um elemento que pode potencializar a

violência de gênero, todavia, ela é uma prática multicausal⁸ A base de sustentação desses atos de agressão está na desigualdade de gênero nas relações entre homens e mulheres, em especial, em sociedades como a brasileira, em que a cultura patriarcal pode até dar sinais de fragilidade, mas persiste atingindo mulheres, independentemente de classe, credo, orientação sexual, raça, etnia, identidade de gênero entre outros aspectos.

⁸ O modelo multicausal tem como foco reconhecer no processo saúde-doença múltiplas determinações (LEAVELL; CLARK, 1976). Compreende-se desta forma aqui, partir de aspectos múltiplos: biológicos, sociais, mentais, físicos, culturais e espirituais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos dados epidemiológicos que compõem a ficha de notificação, a observância da Legislação relacionada ao enfrentamento da violência de gênero, bem como a análise das narrativas dos profissionais da saúde acerca do cotidiano de atendimento a mulheres em situação de violência, constituíram instrumentos fundamentais para a elaboração deste estudo.

A Ficha de Notificação é uma exigência legal aos serviços públicos e privados de saúde, permitindo o levantamento de dados epidemiológicos que subsidiam a elaboração e o ajustes nas políticas públicas que visam oferecer proteção e efetivação de direitos às mulheres. Observou-se que o número relativamente baixo de notificações realizadas num período de cinco anos deve ser entendido como resultado da incapacidade dos profissionais da área da saúde entenderem que a medida não constitui uma tomada de decisão pessoal, mas Lei a ser obrigatoriamente cumprida. Sobrecarga de trabalho, medo e falta de preparo para agir frente a situações de violência contra as mulheres foram as principais justificativas para o baixo índice de notificação. Urge, portanto, que sejam tomadas medidas efetivas para solucionar estas dificuldades.

Especificamente, defende-se a urgência de mudanças nas estruturas curriculares dos cursos de graduação em saúde, que só muito timidamente discutem aspectos relacionados à violência. Considerando-se o processo saúde-doença como intimamente influenciado pelas relações sociais, os cursos da área da saúde precisam levantar discussões sobre aspectos conceituais de gênero, violência, as leis que asseguram os direitos humanos das mulheres, os impactos da violência sobre a saúde das mulheres e temas afins. Tais discussões devem ser subsidiadas em estudos científicos conduzidos por pesquisadoras e pesquisadores de áreas interdisciplinares. A qualificação dos profissionais permite um atendimento mais potente às mulheres que sofrem violência,

O estudo conclui pela importância de se avançar na luta pelo enfrentamento da violência contra as mulheres dando especial atenção às especificidades que as singularizam, a exemplo das diferenças etárias (crianças, adolescentes, idosas); étnico-raciais (negras, indígenas), intragênero (mulheres trans, travestis, lésbicas, etc), e outros pertencimentos identitários frágeis que potencializam as possibilidades de abusos. Isso pode ser feito por meio de aperfeiçoamento da ficha de notificação e da implementação de políticas potentes de inclusão social com vistas ao empoderamento de mulheres cis e transgêneros.

Conquanto este estudo seja circunscrito ao município de Maringá, inegavelmente reproduz aspectos gerais do país; a exemplo da observância da feminização das profissões vinculadas ao cuidado. Este estereótipo, bastante visível em profissões como a Enfermagem e o Serviço Social, resulta da legitimação de discursos religiosos, médicos e jurídicos que, ao longo dos tempos, insistem na bipartição dos papéis de gênero, naturalizando aptidões. Nos locais em que se realizou a pesquisa predominaram profissionais do sexo feminino. Por isso, não foi surpresa que, dos quinze profissionais entrevistados, quatorze fossem mulheres.

É condição *sine qua non* para o enfrentamento da violência contra as mulheres e outros grupos que os governantes se comprometam na efetivação da equidade de gênero, por meio de leis e políticas específicas para a construção de um mundo de paz e de validação dos direitos humanos, condições essenciais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Assim, espera-se que este trabalho tenha potencial para conscientizar gestores do município, profissionais dos serviços públicos e privados da saúde sobre a situação da violência contra as mulheres na cidade de Maringá.

Acredita-se que essa investigação viabiliza novas estratégias e abordagens no atendimento das vítimas de violências, com vistas a permitir o fortalecimento das redes de cuidado e também de educação em saúde, para que se possa atender as especificidades da população desta região.

O acolhimento dessas mulheres em situação de violência e o trabalho dos profissionais, pautado no suporte em saúde, no atendimento, nos cuidados profiláticos, no tratamento e no seguimento para a rede de cuidado e proteção social, por meio dos encaminhamentos e da efetiva articulação das ações de vigilâncias, prevenção e promoção da saúde, vão ao encontro da cultura da paz. Não uma paz que signifique ausência de conflitos, mas sustentada no pleno reconhecimento dos direitos humanos e da dignidade de todas as pessoas, independentemente do gênero, raça/etnia, sexualidade, território e outras formas de identidade.

Devemos lutar por um futuro melhor para as mulheres, cientes das muitas dificuldades a serem vencidas. Muitas mulheres no passado enfrentaram esta luta para que chegássemos até onde estamos. Precisamos avançar mais, é verdade. Mas há esperanças. Queremos ter esperanças.

Tomando de empréstimo o discurso de Charles Chaplin no filme O Grande Ditador, finalizamos este trabalho: “Hannah, estás me ouvindo? Onde te encontres, levanta os olhos! Vês, Hannah?! O sol vai rompendo as nuvens que se dispersam! Estamos saindo da treva

para a luz! Vamos entrando num mundo novo - um mundo melhor. Ergue os olhos, Hannah!
Ergue os olhos!”.

O futuro exigirá lutas, mas será melhor.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, K. Interseccionalidade. *In: RIBEIRO, D. (Org.). Feminismos plurais*. São Paulo: Polém, 2019. 150p.
- ALBERTI, V. *Ouvir Contar: Textos em História Oral*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
- ALCÂNTARA, P. P. T. de; et al. Mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de referência de atendimento à mulher. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, [S. l.], v. 18, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1372>>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- ALMEIDA, T. M. C. de. Violação religiosa à cidadania das mulheres em situação de violência. *In: BIDASECA, K.; SIERRA, M. (Orgs). El amor como una poética de la relación.. CLACSO*, p. 329-344, 2022. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/j.ctv2v88cmx.25>>. Acesso em: 28 out. 2022.
- ALMEIDA, T. M. C. de; ZANELLO, V. Visões sobre a violência contra as mulheres nas universidades: uma introdução à problemática no Brasil e na América Latina. *In: ALMEIDA, T. M. C. de; ZANELLO, V. (Orgs). Panoramas da Violência contra mulheres nas universidades brasileiras e latino-americanas*. Brasília: OAB Editora, 2022. Disponível em: <<https://www.oab.org.br/publicacoes/pesquisa?termoPesquisa=panoramas#>>. Acesso em 22 dez. 2022.
- ALVES, B. M.; PITANGUY, J. *Feminismo no Brasil: memórias de quem fez acontecer*. 1 ed. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2022.
- ANZALDÚA, G. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. *Revista Estudos Feministas*. v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9880>>. Acesso em 15 nov. 2022.
- ARAÚJO, F. P. de; MATTOS, M. F. Descolonizar os feminismos Latino americanos e caribenhos: uma perspectiva decolonial das teorias sobre gênero, sexualidade e raça. *Revista Três Pontos*. v. 13, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/view/3387>>. Acesso em: 23 jan. 2022.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. *Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento*. 2013. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-renda.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- ÁVILA, T. P. D.; et al. Políticas públicas de prevenção ao feminicídio e interseccionalidades. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/6800>>. Acesso em: 08 jun. 2021.
- AZAMBUJA, M. P. R. D.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008. Disponível em: <chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V5RjdbVjmmTbDvbqrs7zjzf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2022.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. *Interface* (Botucatu), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7yNQT6BtJdFWdTWHqv5Z66x/?format=pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*. v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BARRETO, B. J. Escuta feminista e a revelação de violências invisíveis: análise dos movimentos estudantis na UNESP/Marília. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*. v. 8, p. 17-28, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2022.v8esp2.p17>. Acesso em: 23 nov. 2022.

BARBARINI, N.; MARTINS, D. F. W. Masculinidade como instituição: uma análise conceitual do “ser homem” no Brasil. *Psicologia Argumento*. v. 36, n. 92, p. 216–236, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.36.92.AO05>. Acesso em: 04 out. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARSTED, L. L. O feminismo e o enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil. *EDUFBA*. v. 19, p. 17-40, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220167.0002>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BEAUVOIR, S. *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BENEVIDES, R. F. C.; BORIS, G. D. J. B. A Experiência Vivida de Mulheres na Conjugalidade Contemporânea: Uma Análise com Iramuteq. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003202611>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In.: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Orgs). *Gênero, corpo, conhecimento*. Tradução Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, p.19-41, 1997.

BORDONI, P. H. C. et al. Violência física contra mulheres: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) e no contexto da COVID-19. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*. v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3616>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2ªed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, 160p.

BRANCO, J. G. de O. et al. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. *Lei N°14.188/2021*. Violência Psicológica contra a mulher. Congresso Nacional, Brasília: 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. *Lei N°13.931/2019*. Alteração da Lei N°10778 de 24 de Novembro de 2003. Congresso Nacional, Brasília: 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Anexo I da Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fbvs.ms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fpolitica_nacional_promocao_saude.pdf&clen=771999&chunk=true>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica saúde das mulheres*. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: 2016a. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIVA: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: 2016. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL. *Lei N°13.104/2015*. Lei do Femicídio. Congresso Nacional, Brasília: 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência*. 2012. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-programas-de-atencao-a-mulher-em-situacao-de-violencia/>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: 2009. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fbvs.ms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fviva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf&clen=5914255&chunk=true>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BRASIL. *Lei N°11.340/2006*. Lei Maria da Penha. Congresso Nacional, Brasília: 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Portaria N°687 MS/GM. 30 de março. Brasília, 2006b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria N°2.406, de 5 de novembro de 2004*. 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. *Lei N°10.778/2003*. Lei da notificação compulsória em caso de violência contra a mulher. Congresso Nacional, Brasília: 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica, n°8. Brasília, 2002. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília, 2001a. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fpolitica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf&clem=689973&chunk=true>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Brasília, 2001b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf&ved=2ahUKEwjYInOAhWcqJUCHbqRCAwQFnoECAUQAQ&usq=AOvVaw1f2dKp9d5N9bk9CwSolcoC>. Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. *Decreto N° 1.973/1996*. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará. Congresso Nacional: Brasília, 1996. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. *Lei N°9.099/1995*. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Congresso Nacional Brasília: 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19099.htm>. Acesso 01 nov. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Carta de Ottawa. Ottawa, 1986. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcarta_ottawa.pdf&clem=26563&chunk=true>. Acesso em: 05 jan. 2022.

- BRUM, R. R. et al. Transgeracionalidade e violência: um estudo com mulheres vítimas de relações conjugais violentas. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 15, n. 3, p. 1-28, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/31206>>. Acesso em 28 out. 2022.
- BUTLER, J. Vida precária. *Contemporânea*. v. 1, n. 1 p. 13-33 Jan.–Jun. 2011. Disponível em: <<https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18>>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- BUZAWA, E. S.; BUZAWA, C. G. *Domestic violence: The criminal justice response*. 3ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.
- CAÇADOR, T. G. V.; GOMES, R. A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3261-3272, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.24902018>>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- CAUS, E. C. M.; et al. Estudo comparativo das notificações da violência contra a mulher antes e durante a pandemia do COVID-19 no Planalto Norte Catarinense. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, v. 10, p. 102-117, 2021. Disponível em <<http://54.205.230.206/index.php/sma/article/view/3442>>. Acesso em: 08 set. 2022.
- CERQUEIRA, D.; et al. *Atlas da Violência 2016*. São Paulo: FBSP, 2016. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/41/atlas-da-violencia-2016>>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CERQUEIRA, D.; et al. *Atlas da Violência 2017*. São Paulo: FBSP, 2017. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/47/atlas-da-violencia-2017>>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CERQUEIRA, D.; et al. *Atlas da Violência 2018*. São Paulo: FBSP, 2018. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/49/atlas-da-violencia-2018>>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CERQUEIRA, D.; et al. *Atlas da Violência 2020*. São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/51/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CERQUEIRA, D.; et al. *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/212/atlas-da-violencia-2021>>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CHALLOUTS, C. U.; TOLEDO, E. T. D.; SILVA, T. M. G. D. A violência, a pandemia e as mulheres: (in)certezas em tempos de COVID-19. In: SILVA, T. M. G. D.; BERNUCI, M.

P. (Orgs). *Olhares Interdisciplinares sobre a pandemia de COVID-19: Abordagens para a Promoção da Saúde*. 1 ed, Maringá PR: Gráfica e Editora Massoni: ICETI – Instituto CESUMAR de Ciência, Tecnologia e Inovação, 2020, p. 93-113.

COELHO, A. C. V. D. et al. Perfil sociodemográfico de registro de mulheres vítimas de violência física no Ceará durante a covid-19, 2019-2021. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 12, n. 74, p. 9961-9968, 2022. Disponível em: <<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2354>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

COELHO, A. C. V. D. et al. Análise das notificações de violência de repetição em mulheres no estado do Ceará-Sinan, 2014-2019. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. e411101422178-e411101422178, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22178>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G. D. S.; LINDNER, S. R. *Violência: definições e tipologias*. UNA-SUS. 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1862>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

COLLINS P. H.; BILGE S. *Interseccionalidade*. Tradução Rane Sousa. 1º edição, ed. Boitempo, editor. São Paulo; 2021. 288p.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. de M.; KINALSKI, D. D. F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. SPE, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>>. Acesso em: 28 out. 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*. Ano 10 vol. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DHAR, D. et al. Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India: a cross-sectional study. *Reprod Health*, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29921276/>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina*. v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DANTAS, G. de S. V. et al. Caracterização dos casos de violência física contra mulheres notificados na Bahia. *Arch. Health Sci*. p. 63-68, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046931>>. Acesso em: 11 out. 2022.

DIAS, M. B. Aspectos jurídicos do gênero feminino. In: STREY, M. N. *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Unisinos, 2001.

DICOLA, D.; SPAAR, E. Intimate Partner Violence. *American family physician*. v. 94, n. 8, p. 646-651, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27929227/>>. Acesso em: 13 out. 2021.

ELIAS, N. *O processo civilizador 1: Uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FERREIRA, R. D. S. Perigos e riscos da superexposição na sociedade da informação: reflexões sobre a ciberviolência. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*. v. 12, n. 3, p. 42-58, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1593/pdf_77>. Acesso em: 26 jan. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública São Paulo*. FBSP, 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf>. Acesso em 15 novembro, 2022.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs). *Gestão Em Redes*. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 459-473, 2006. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em 28 outubro, 2022.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise (1933 [1932]): Conferência XXXII Ansiedade e Vida Instintual. In: FREUD, S. *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)*. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, 85-112p.

GADAMER H. *Hermenêutica em retrospectiva: Heidegger em retrospectiva*. CASANOVA, M. A. (Trad). 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. v. 1.

GIANNINI, R. A.; COELHO, T. H. Evidências sobre violência contra mulheres no Brasil, na Colômbia e no México: tendências, desafios e caminhos para o futuro. *Instituto Igarapé*. Artigo Estratégico 45, 2020. Disponível em: <<https://igarape.org.br/evidencias-sobre-violencia-contramulheres-no-brasil-na-colombia-e-no-mexico/>>. Acesso em 26 janeiro, 2022.

GONZÁLES, L. Por um feminismo afro-latino-americano. In: RIOS, F.; LIMA, M. (Orgs.). *Ensaio, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HOLLANDA, H. B. *Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

HOOKS, B. Homens: companheiros de luta. In: *Teoria Feminista: da margem ao centro*. Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019 (Palavras negras), p. 110-145.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/maringa.html>>. Acesso em: 27 out. 2022.

IPARDES. *Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social*. Curitiba, Paraná. Disponível em: <<https://www.ipardes.pr.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

KASSIM, M. N. et al. Caracterização das notificações de violência contra mulheres em um hospital de ensino do Paraná. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/14810>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

KRUG, E. G.; et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. *World Health Organization*, 2002. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

LAIA, S.; CALDAS, H. Violência e agressividade: Diferenças a partir da linguagem e do inominável da feminilidade. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*. v. 16, n. 3, p. 972-992, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/32955/23431>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEITE, M. M. Abordagem holística na formação de enfermeiras. 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/22697>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

LEMES, A. M.; MARONI, B. D. S.; RODRIGUES, R. V. “Eu já passei por isso também”: Percorrendo a rede de atendimento às mulheres em situação de violência em Mato Grosso. *TCC-Psicologia*, 2022. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1439>>. Acesso em: 26 out. 2022.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, p. 467-473, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/5P6h8H7hJFz9nYhw6fFz6wh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 out. 2022.

LIEBSCHUTZ, J. M.; ROTHMAN, E. F. Intimate-partners violence – What physicians can do. *The New England Journal of Medicine*. 2012. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1204278>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LIMA, N. R. L. de B. O adoecer feminino e a culpabilidade discursiva: considerações sobre a incidência do lúpus em mulheres. In: STREY, M.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. de. (Orgs). *Gênero e Saúde. Diálogo Ibero-brasileiros*. Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p.256-278.

LIMA, N. R. L. de B. *A identidade de gênero e a lógica binária da diferença* - Psicanálise e gênero masculino. *Tópica - Revista de Psicanálise*, Maceió/ AL, v. 1, n.1, p. 27-35, 2002.

MACHADO, D. F. et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 483-494, 2020.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/dF3JtSNGJqWL7rNYKwRDnCJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MADEIRO, A. et al. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016.

Journal of Health & Biological Sciences. v. 7, n. 3 (Jul-Set), p. 258-264, 2019. Disponível

em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2417>>. Acesso em: 11 out. 2022.

MARINHO NETO, K. R. E.; GIRIANELLI, V. R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 488-499, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mpxkNGdrCXMJrgsc9nTjvSq/?format=html>>. Acesso em: 08 set. 2022.

MARTINEZ, F. J. Militantes e radicais da quarta onda: o feminismo na era digital. *Revista Estudos Feministas*. v. 29, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n370177>>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MARTÍNEZ, S. L.; WASSER, A. C. Depresión e ideación suicida em mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, conocimiento y sociedad*. v. 9, n. 1, p. 138-160, 2019.

Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4758/475859262010/>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

MARX, K. *Para a crítica da economia política*. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, col. "Os economistas", 1982.

MELO, A. C. M.; GARCIA, L. P. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 22, p. 1333-1341, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.10992015>>. Acesso em: 11 out. 2022.

MENDONÇA, M. F. S. D.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*. v. 51, 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>>. Acesso em: 31 jul. 2021

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v. 22, n. 9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>>. Acesso em: 15 out. 2021.

MILLER, E.; MC.CAW, B. Intimate partner violence. *The England Journal of Medicine*. February 28, p. 850-857, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1807166?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>. Acesso em: 26 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S.; et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MINAYO, M. C. S. ; SCHENKER, M. *Complexidade da violência e impactos sobre a saúde*. O tema da violência no ensino em saúde coletiva: Articulação com pesquisa e extensão. Simone Gonçalves de Assis Liane Maria Braga da Silveira (Orgs.). Rio de Janeiro: E-papers, 2-18. p. 25-46, 2018a.

MINAYO, M. C. S. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S.F. (orgs). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 17-29.

MIRANDA COÊLHO, A. F. F. de et al. Registro de violência contra a mulher no estado da Paraíba: estudo observacional. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 11, n. 71, p. 9083-9096, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2095>>. Acesso em: 10 nov. 2022>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MOSCOVICI, S. Representações sociais. 11 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

MUCHEMBLED, R. *História da Violência*. Da Idade Média aos nossos dias. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2014.

NASCIMENTO, A. A. D. E. do; RIBEIRO, L. R. FEMINICÍDIO: a máxima expressão da violência contra as mulheres em João Pessoa-PB. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, v. 7, n. 3, p. 178-203, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.19092/reed.v7i3.457>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

NETTO, L. de A. et al. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 22, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180080>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

OLIVEIRA, C. A. B. D.; et al. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil. *Revista Cuidarte*. v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. R. C. D. Existe violência sem agressão moral?. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 23, n. 67, p. 135-146, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000200010>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

OLIVEIRA, M. C. B. de.; ZOCHE, D. A. D. A.; ROHDEN, J. Atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica em um serviço de urgência e emergência. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. v. 21, n.3, p.43-48, 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180204_154121.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). In: SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. (Rev. Técnica). 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=DF1D3E9C76AA9DC5A8DB5821C2521B84?sequence=3>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PORTELLI, A. *A História Oral como arte da escuta*. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

REZENDE, E. J. C.; et al. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 10, n. 2, p. 202-214, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200008>>. Acesso em: 02 set. 2021.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*. Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

ROLNIK, S.; GUATTARI, F. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Buenos Aires: Tinta Limón, 2006.

ROMIO, J. A. F. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: MARCONDES, M. M.; PINHEIRO, L.; QUEIROZ, C.; QUERINO, A. C.; VALVERDE, D. (Orgs.). *Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Ipea, p. 133-158, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9161>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu. Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo*. v. 16, p.115-136, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhkL/?lang=pt>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAGOT, M. *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina*. Washington D.C.: OPAS, 2000.

SCHRAIBER, L.B.; et al. *Violência dói e não é direito*. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*. Porto Alegre, v.20, n.2, pp.71-99. 1995. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*. v. 8, n. 13, p. 128-133, 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6719/4026>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- SEGATO, R. Gênero e colonialidade: do patriarcado comunitário de baixa intensidade ao patriarcado colonial moderno de alta intensidade. In: SEGATO, R. *Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda*. Tradução: JATOBÁ, D.; GONTIJO, D. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2021, p. 85-120.
- SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 29, p. 1230-1240, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>. Acesso em: 11 out. 2022.
- SILVA, C. D. et al. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 160-173, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a2796>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- SILVA, T. M. G. D.; LOPES, L. C. G. L. Representações e vivências da violência na perspectiva de usuárias de um Centro de Referência no Atendimento à Mulher. *Revista Ártemis*. v. 31, n. 1, p. 467-485, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/57737>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- SILVA, T. M. G. D.; et al. Violência praticada por parceiros íntimos e saúde: representações de mulheres de um município do Paraná. *Saúde (Santa Maria)*. v. 46, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41999/pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- SILVA, T. M. G.; FERREIRA, M. W.; GUARIZA, N. M. Contribuições da história oral para uma discussão sobre violência doméstica e adoecimento feminino. *Projeto História*. v. 72, p. 257-283, set-dez, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2767.2021v72p257-283>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- SILVA, T. M. G. D. Assédio sexual contra as mulheres. In: BERNUCI, M. P. (Org.). *Envelhecimento da mulher e promoção da saúde*. Maringá: Massoni, 2018, p. 303-322.
- SOUZA, A. A. C. DE; CINTRA, R. Ba. Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género. *Revista bioética*, v. 26, p. 77-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261228>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SOUZA, A. C. S. dos et al. Violência contra a mulher em tempos de COVID-19: o papel do médico. *Global Academic Nursing Journal*, v. 1, n. 2, p. e14-e14, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200014>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SOUZA, A. P. L.; et al. Imagem corporal de mulheres que sofreram violência física. *Revista de Enfermagem*. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. v. 12, n. 9, p. 2276-82, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236462p2276-2282-2018>>. Acesso em: 25 out. 2021.

TELES, M. A. A. D. *Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios*. São Paulo: Editora Alameda, 2017.

TELES, M. A. A. D.; MELO, M. D. *O que é violência contra as mulheres*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TRUTH, S. *E não sou uma mulher?* Trad. Osmundo Pinho. 2014. Portal Geledés. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

UNODC. *Global Study on Homicide 2018*. Vienna: 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.unodc.org%2Fdocuments%2Fdata-and-analysis%2Fgsh%2FBooklet_5.pdf&clen=5425102&chunk=true>. Acesso em: 25 out. 2021.

VERGÈS, F. *Uma teoria feminista da violência*. Trad. Raquel Camargo. SP: Ubu Editora, 2021.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 3, p. 366-372, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/nWWrNQSNdq7QcSQBTRnytrG/?lang=pt>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. Geneva: 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-atthe-media-briefing-on-covid-19---20-april-2020>>. Acesso em: 09 maio 2020.

WORD HEATH ORGANIZATION (WHO). *Violence against women*. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ZUCHI, C. Z. et al. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 22, p. 1-9, 2018.

Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905071>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

APÊNDICE

Apêndice A – Questionário Preliminar

1 IDENTIFICAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

- 1.1 Nome:
- 1.2 Idade:
- 1.3 Data da entrevista:
- 1.4 Formação (pós-graduação, especialização em violência, treinamentos):
- 1.5 Tempo de atuação:
- 1.6 Setor de atuação:
- 1.7 Tempo de duração da entrevista:

2 REPRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA/GÊNERO

- 2.1 Ao pensar sobre os papéis de homens e mulheres na sociedade, como você acha que deveria ser?

3 TIPOS DE VIOLÊNCIA

- 3.1 Quais os tipos de violência contra a mulher que você conhece?
- 3.2 Você saberia dizer quais os possíveis danos que a violência traz à saúde da mulher?
- 3.3 Você concorda que “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher”?

4 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E A EXPERIÊNCIA NO TRABALHO COM A VIOLÊNCIA

- 4.1 Quais os tipos de violência que você atende ou já atendeu no serviço?
- 4.2 Como é feita a abordagem em caso de violência?
- 4.3 Você acredita que o serviço de saúde pode contribuir para promover a saúde das mulheres que enfrentam situações de violência?
- 4.4 Se sim, explique como. Se não, por quê?

5 CONHECIMENTO SOBRE AS LEIS

- 5.1 Você conhece a Lei N°11.340/2006 (Lei Maria da Penha)?
- 5.2 Você conhece a Lei N°10.778/2003 (Lei que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados)?
- 5.3 Você conhece a Lei N°13.931/2019 (Lei que estabelece que os casos de indícios ou confirmação de violência contra a mulher serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 horas)?
- 5.4 Você fala sobre alguma destas leis para as mulheres em situação de violência?

6 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À NOTIFICAÇÃO

- 6.1 Você notifica os casos? Se não, explique o porquê.
- 6.2 Você tem medo de notificar um caso de violência contra a mulher?

ANEXO

Anexo A – Ficha de Notificação Individual

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		N°	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID-10)	3 Data da notificação	
	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS		
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-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		
			Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2		
	28 Ponto de Referência		29 CEP		
	30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
		32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado			
		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		
			Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4		
	49 Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 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			
		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
		54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____				
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____				
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____				
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado				
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
69 Data de encerramento <input type="text"/> <input type="text"/>					
Informações complementares e observações					
Nome do acompanhante <input type="text"/> Vínculo/grau de parentesco <input type="text"/> (DDD) Telefone <input type="text"/>					
Observações Adicionais: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Direitos Humanos 100</td> </tr> </table>			Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/> Cód. da Unid. de Saúde/CNES <input type="text"/>				
	Nome <input type="text"/> Função <input type="text"/> Assinatura <input type="text"/>	Violência interpessoal/autoprovocada <input type="checkbox"/> Sinan <input type="checkbox"/> SVS 15.06.2015			