

## VIOLÊNCIA DE GÊNERO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO PARANÁ (2021-2022)

### *GENDER-BASED VIOLENCE: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN THE STATE OF PARANÁ, BRAZIL (2021-2022)*

Merari Gomes de Souza<sup>1</sup>

Daniele Akemi Arita<sup>2</sup>

Marcos Claudio Signorelli<sup>3</sup>

#### Resumo

Estudo descritivo, com objetivo descrever o perfil epidemiológico de violência de gênero contra mulheres e meninas no Paraná, Brasil. A amostra consistiu em casos de violência interpessoal e autoprovocada registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2021 e 2022, e são dados de domínio público. Utilizou-se o programa TabWin, o QGIS versão 3.28.0, e o software Microsoft Excel para a tabulação; a análise foi por distribuição de frequência, percentual e técnica de Moran. Foram registrados 76.017 casos de violência no período, destes, 71.084 (93,5%) foram dados válidos. Observou-se prevalência de violência em mulheres e meninas (73,0%), brancas (63,3%), faixa etária de 20 a 34 anos, (29,0%), seguida de 10 a 19 anos (27,6%), escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (20,9%). Houve predominância da violência física e a residência (82,1%) foi o local de ocorrência mais frequente. Pato Branco foi a região de saúde que apresentou maior incidência (1.346 casos/100.000 mulheres), e Francisco Beltrão foi a região com índice de autocorrelação espacial significativa ( $p=0,01$ ) entre os seus municípios. Quanto à lesão autoprovocada (32,52%), destaque para elevado índice de reincidência dos casos (45,7%). A exposição de mulheres e meninas ao agravo, evidenciou a importância de compreender o fenômeno, investimento em ações de promoção da saúde unificada, promoção da cultura de paz e a prevenção da violência de gênero. Ademais, demanda atuação transversal e multidisciplinar, bem como proposição de atividades educativas com foco na construção de vínculos de solidariedade e respeito às diversidades.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Vigilância em Saúde e Epidemiologia; Violência; Equidade.

---

**Artigo Original:** Recebido em 28/09/2023 – Aprovado em 08/11/2023 – Publicado em: 22/12/2023

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem, Especialista em Pneumologia Sanitária, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Fisiologia Humana, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná, Enfermeira na Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetorial, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba/PR, Brasil. e-mail: [merari.gomes.souza@gmail.com](mailto:merari.gomes.souza@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8055-407> (autor correspondente)

<sup>2</sup> Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, Especialista em Análise de Situação de Saúde e Especialista em Gestão Empresarial da Saúde, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fiocruz, Epidemiologista do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. e-mail: [daniele.arita@gmail.com](mailto:daniele.arita@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1102-9063>

<sup>3</sup> Graduação em Fisioterapia, Mestre em Fisiologia Humana e Doutor em Saúde Coletiva, Pós-doutorado em Saúde Pública, Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: [signorelli.marcos@gmail.com](mailto:signorelli.marcos@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0677-0121>

**Abstract**

*We conducted a descriptive study, aiming to describe the epidemiological profile of gender-based violence (GBV) against women and girls in the State of Paraná, Brazil. Our sample were cases of interpersonal and self-inflicted violence registered in the Notifiable Diseases Information System in 2021 and 2022, all data publicly available. We used the TabWin program, QGIS version 3.28.0, and Microsoft Excel software to tabulate the data; the analysis was by frequency distribution and percentage and Moran technique. 76,017 cases were registered in the period, of which 71,084 (93.5%) were valid data. Prevalence of violence was observed in white women and girls (73.0%) (63.1), age range from 20 to 34 years old (28.5%), followed by 10 to 19 years old (27.6), education level Incomplete elementary school (20.9%). There was a predominance of physical violence and residence (82.1%) was the most frequent place of occurrence Pato Branco was the health region with the highest incidence (1,346 cases/100,000 women), and Francisco Beltrão was the region with a significant spatial autocorrelation index ( $p=0.01$ ) between its municipalities. Regarding self-inflicted injuries (32.5%), what drew attention was the recurrence of cases (45.7%). The exposure of women and girls to GBV, investing in actions to promote unified health, promoting a culture of peace and preventing gender-based violence. Furthermore, it demands transversal and multidisciplinary action, as well as proposing educational activities focused on building bonds of solidarity and respect for diversity.*

**Keywords:** *Public health; Health System; Health Surveillance and Epidemiology; Violence; Equity.*

**1 Introdução**

A violência baseada no gênero (VBG) é uma temática de relevância em saúde pública, um fenômeno complexo e multifacetado caracterizado por violação dos direitos humanos, acometendo mulheres e meninas em todas as fases do ciclo de vida. Consiste num processo milenar que reflete as desigualdades históricas, sendo elementos motivados sobretudo por relações de poder, misoginia, expressões discriminantes e ou desigualdade entre os sexos, e associado a padrões de comportamento abusivos (BANDEIRA, 2014; BRASIL, 2023a; FERNANDES; NATIVIDADE, 2020).

O conceito de violência contra a mulher é amplo e pode ser definido como qualquer comportamento ou conduta fundamentada no gênero, que pode acarretar sofrimento ou dano físico, psicológico ou sexual à mulher, e também morte, firmado na Convenção de Belém do Pará ocorrida em 1994. Consiste em qualquer conduta que resulte em danos ou sofrimento psicológico, físico ou sexual à mulher, inclusive atos de ameaças, coerção ou parcimônia arbitrária de liberdade em público ou na vida particular, tal como maus tratos, castigos, pornografia, incesto e agressão sexual, entre outros (BANDEIRA, 2014; BRASIL, 2016; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

---

A violência contra a mulher pode ocorrer na esfera da família, das relações domésticas ou íntimas de afeto, sendo que a pessoa em situação de violência deve ser sempre uma mulher, mas a pessoa que comete a agressão pode ser de ambos os gêneros (BRASIL, 2006). A definição de gênero fundamenta-se na construção cultural sobre o perfil de masculinidade e feminilidade, permeada por desigualdades concebidas socialmente, e não estipuladas biologicamente, sendo que a violência imposta às mulheres é histórica, com origem em um sistema de dominação masculina e subordinação feminina (FERNANDES; NATIVIDADE, 2020).

A violência é classificada em: 1) autoprovocada (praticada contra si mesmo), 2) interpessoal (doméstica e comunitária) e 3) coletiva (milícias, organizações terroristas, grupos políticos), e compreendem tipologias como física, psicológica e moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira e econômica, negligência e abandono, trabalho infantil e intervenção legal (BRASIL, 2016), e consiste em objeto de interesse de saúde pública, no contexto de vigilância em saúde.

A vigilância em saúde possui a significação de ação e atuação na perspectiva de evitar riscos, implica numa complexa articulação direcionada ao conhecimento, análise da situação, se propõe a monitorar tendências de mortalidade, morbidade, risco e efetividade dos serviços de saúde, identificando determinantes, fatores e grupos de riscos na população, e intervenções sanitárias. Sobretudo, busca promover a qualidade de vida das pessoas, num processo contínuo e sistemático, de informações de diferentes áreas e políticas, integrando as diversas áreas de conhecimento e ciência, dentre elas, a vigilância epidemiológica (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2022; MACHADO; SOUZA, 2023; PARANÁ, 2021). Por outro lado, a epidemiologia compreende uma série de atuações interligadas à análise de situação em saúde e das causas externas de morbimortalidade, distingue as principais doenças, agravos e epidemias, entre outros que advêm em territórios (BRASIL, 2018b).

Compreender o cenário epidemiológico em relação a vigilância de violência interpessoal e autoprovocada perpetrada contra mulheres e meninas no Paraná é extremamente relevante, para construção de políticas públicas de equidade e a tomada de decisão baseada em evidências, traçando metas prioritárias com enfoque na atenção integral à saúde, na promoção da saúde, prevenção e controle do agravo (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022).

A notificação compulsória nos casos de violência contra mulheres atendidas no sistema de saúde público ou privado foi normalizada por meio da Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003, sendo que essa legislação foi regida pelo Decreto de Lei nº 5.099 em 03 de junho de 2004

e regulamentada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde por intermédio da Portaria MS/GM nº 2.406 de 05 de novembro de 2004. Foi promulgada a Lei n. 11.340/2006 três anos após a publicação da Lei 10.778, conhecida como Lei Maria da Penha, que define mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (PESTANA et al., 2021; SOUTO et al., 2012). De antemão, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Brasil teve seu início em 2006, e o processo foi pela adesão por parte dos estados, em particular nos centros de referências de ISTs/aids, serviços de maternidade e foi evoluindo gradualmente. A partir de 2011 o agravo se tornou obrigatório e regulamentada através da Portaria nº 104 de 2011 e em 2016 passa a integrar a lista de doenças e agravos de notificação obrigatória e compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional através da Portaria nº 1.271 de 2014 (BRASIL, 2016).

Diante da complexidade da abordagem da violência na esfera da saúde pública, os estados vêm organizando suas redes para manejo da problemática. No Paraná, a saúde está administrativamente estruturada em Rede de Atenção (RAS), organizada na lógica de regionalização. Possui no total 22 regionais de saúde e 399 municípios de abrangência geográficas, quatro macrorregiões (Macrorregião Leste; Macrorregião Oeste, Macrorregião Norte e Macrorregião Noroeste), a fim de assegurar assistência de qualidade a toda a população do Estado no tempo certo e hora oportuna. Neste sentido, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) vem desenvolvendo estratégias prioritárias, em parceria com as diversas áreas e secretarias, atuando com questões voltadas à prevenção e enfrentamento das violências. A atuação pauta-se no arcabouço legal preconizado pelo Ministério da Saúde, normativas e protocolos próprios pactuados, que versam e regulamentam as condutas a serem seguidas pelos serviços e profissionais de saúde quanto à atenção às pessoas em situação de violência, incluindo as múltiplas consequências resultantes da violência sofrida. Nessa esfera, a Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais (DVPAZ) da SESA é a responsável por questões referentes à atenção às pessoas em situação de violência, divisão esta que está inserida na Coordenadoria de Promoção da Saúde, da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde, no atual organograma da instituição. Possui como competência, em âmbito estadual, a coordenação, o planejamento, e também a implantação e fortalecimento de políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade por violências e acidentes. Importante destacar que nessa esfera o setor atua com quatro eixos prioritários a Vigilância de Violências e Acidentes;

---

Atenção às Pessoas em Situação de Violência; Programa Vida no Trânsito Paraná e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

A violência contra a mulher é uma problemática mundial, segundo estimativa da OMS uma em cada três mulheres com idade acima de 15 anos já sofreu violência física ou sexual cometida por parceiro afetivo, ou violência sexual praticado por um desconhecido. A cada dois segundos uma mulher sofre violência verbal ou física, a cada quatro a seis segundos é vítima de assédio no trabalho, conforme informações do Instituto Maria da Penha (do relógio de violência), além do mais, os números são plausíveis de subnotificação, o que contribui com a piora do quadro (OPAS, 2021; FERNANDES; NATIVIDADE, 2020). Cabe lembrar que as situações de violência vivenciadas podem acarretar danos e consequências negativas à saúde mental e física dessas mulheres e meninas (BRASIL, 2023b), podendo estar associados ao estigma, preconceito e sentimento de culpa, e às barreiras de acesso, entre outros.

Haja visto que a maioria das condições de saúde pode ser atribuída a determinantes sociais de saúde e grupos específicos, situação está que contribui com a elevação das disparidades na esfera da saúde. Refletir sobre o tema e conhecer o perfil epidemiológico é de suma relevância, tendo em pauta a ascendência da violência de gênero e suas implicações na saúde. Portanto, o estudo teve o objetivo de descrever o perfil epidemiológico de violência interpessoal e autoprovocada perpetrada contra as mulheres e meninas no Paraná no biênio de 2021 e 2022.

## **2 Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. O universo da pesquisa foram os casos de notificação de violência interpessoal e autoprovocada praticada contra mulheres e meninas, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado do Paraná, no biênio de 2021 e 2022.

Utilizou-se dados secundários de domínio público disponíveis no sítio eletrônico da SESA e apresentações realizadas no cumprimento de agenda funcional da equipe da DVPAZ nos diversos espaços de fala, a exemplo, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. A coleta e compilação de dados ocorreram entre julho e agosto de 2023.

Considerou-se como definição de caso de violência interpessoal e autoprovocada (tentativa de suicídio e autolesão), todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica e intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e meninas em todas as idades. Nas situações de violência extrafamiliar e comunitária, foram incluídos como objeto de notificação somente casos de violência contra mulheres e meninas em todas as idades: pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016).

Na pesquisa foram manejadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, raça/cor, tipo de violência e local de ocorrência. Utilizou-se o programa Excel® e Tabwin® para executar a tabulação dos dados, análise descritiva e o método estatístico de Moran para avaliar a incidência e a correlação espacial entre as regiões de saúde e seus municípios e o nível de interdependência entre si. Os resultados foram expostos por distribuição de frequências absoluta e simples, além de taxas de incidência por 100.000 habitantes, e a significância do valor de p, utilizou-se o índice Global de Moran para a verificação da existência de autocorrelação espacial na distribuição dos casos. Para a confecção do mapa foi utilizado o QGIS versão 3.28.0.

Por se tratar de uma pesquisa cujas informações são de domínio público e sem identificação dos participantes, o parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP/CONEP) foi dispensado.

### 3 Resultados e discussão

Os achados revelam que o agravo tem apresentado tendências de evolução crescentes no Paraná. No período de 2021 e 2022 foram registrados 76.017 casos de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN, destes, 71.084 (93,5%) foram dados válidos (Tabela 1). Do total dos registros inseridos no sistema 51.882 (73,0%) foram casos de violência perpetradas contra mulheres e meninas, com maior prevalência na faixa etária de 20 a 34 anos, ( $n = 14.792/28,5\%$ ), seguida de 10 a 19 anos ( $n = 14.308/27,6\%$ ), escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental ( $n = 8.064/ 20,9\%$ ) e a residência ( $n = 40.374/82,1\%$ ) o local de ocorrência mais frequente. Tal fato remete à indagação sobre qual ambiente mulheres e meninas pode estar em segurança, menos exposta e vulnerável à violência. Os achados na pesquisa corroboram com

outros estudos (BRASIL, 2023a; BRASIL 2023b; PEREIRA, 2021; SILVA et al., 2021; VASCONCELOS et al., 2021).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA CONTRA MULHERES E MENINAS. PARANÁ, 2021 E 2022

Variáveis	Continua	
	n (76.017)	%
<b>Violência interpessoal/autoprovoçada</b>	71.084	93,5
Sexo feminino	51.882	73,0
<b>Faixa etária (N= 51.881)</b>		
0-9	8.640	16,7
10-19	14.308	27,6
20-34	14.792	28,5
35-49	8.850	17,1
50-64	3.408	6,6
65-79	1.343	2,6
80 e+	540	1,04
<b>Raça (N= 46.370)</b>		
Negra (parda+preta)	13.067	28,2
Indígena	216	0,5
Branca	32.832	63,3
Amarela	255	0,6
<b>Escolaridade (N= 38.538)</b>		
Analfabeto	301	0,9
1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	2.772	7,2
4ª série completa do ensino fundamental	1.495	3,9
5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	8.064	20,9
Ensino fundamental completo	3.439	8,9
Ensino médio incompleto	5.692	14,8
Ensino médio completo	6.887	17,9
Educação superior incompleta	1.620	4,2
Educação superior completa	1.392	3,6
Não se aplica	6.876	17,8

Variáveis	Termina	
	n (76.017)	%
<b>Local de ocorrência (N= 49.183)</b>		
Residência	40.374	82,1
Via pública	3.375	6,9
Outros	2.802	5,7
Escola	964	2,0
Comércio/Serviços	731	1,5
Bar ou Similar	559	1,1
Habitação Coletiva	256	0,5
Local de prática esportiva	91	0,2
Indústrias/construção	31	0,1
<b>Lesão autoprovocada (tentativa de suicídio e autolesão) (N= 48.638)</b>		
Sim	15.815	32,5
	Recidiva	7.234
		45,7
Não	32.823	67,5
<b>Tipologia da violência (N= 66.992)</b>		
Física	22.863	34,1
Psicológica e Moral	15.235	22,7
Outras violências	10.845	16,2
Negligência e abandono	8.549	12,8
Sexual	6.896	10,3
	Estupro	4.037
	Assédio	2.390
	Pornografia Infantil	119
	Exploração Sexual	163
Financeira e Econômica	1.246	1,9
Tortura	1.026	1,5
Trabalho Infantil	241	0,4
Intervenção legal	74	0,1
Tráficos de Seres Humanos	17	0,03

FONTE: Autores (2023).

Na análise do perfil epidemiológico referente à raça/cor, constatou-se uma predominância de casos em mulheres e meninas autodeclaradas brancas ( $n = 32.832/63,3\%$ ), negra ( $n = 13.067/28,2\%$ ). O resultado aproximou-se de outros estudos, em que a maioria das mulheres investigadas se identificaram como brancas, importante pontuar que estes estudos foram realizados em estado da região sul do Brasil, cuja maioria da população se autodeclaram branca (FERRAZ; LABRONICI, 2009; LAWRENZ et al., 2018; DA BROI; VIETTA; FREITAS, 2017). Por outro lado, os resultados divergiram de estudos epidemiológicos realizados na região nordeste do Brasil, onde houve prevalência de registros de casos de

violência perpetrado contra mulheres que se autodeclararam negras (parda+preta), com elevado percentual (99,7%) no estado do Maranhão (PESTANA et al., 2021; SILVA et al., 2021). Entretanto, há de se considerar que essa é uma variável de difícil definição, o que pode gerar divergências quanto ao seu preenchimento (campo é autodeclarado), além disso, está associada ao perfil geográfico da região estudada, haja visto, a população do Paraná é majoritariamente da cor branca, em virtude de seu histórico de colonização. Em compensação, existem limitações, os dados apresentados são relativos a uma frequência simples, requer estudos mais aprofundados dada a relevância da variável raça/cor e sua importância social e epidemiológica para estudo situacional de saúde no SUS, em particular das iniquidades em saúde, e fundamentar a concepção de políticas públicas de equidade social.

Quando analisado um recorte segundo o tipo de violência, a física (n = 22.863/34,1%) foi a tipologia com maior prevalência, e na sequência a psicológica e moral (n =15.235/22,7). O perfil encontrado não difere de outras regiões do Brasil, de acordo com estudo realizado em Pernambuco, foram notificados 18.125 casos de violência doméstica contra mulheres no SINAN em 2015 a 2019, sendo que este registra em média 33.000 casos de violência doméstica ao ano, houve prevalência da violência física (53,3%) e a psicológica (40,3%), e a concentração (51,8%) dos casos ocorreu na macrorregião metropolitana da capital, responsável por mais de metade dos casos (PESTANA et al., 2021), percentual superior ao achado nesta pesquisa. Outros estudos também concluíram que a natureza física e psicológica e moral são as mais prevalentes (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; SILVA et al., 2021, BUENO et al., 2020; LEITE et al., 2019; SILVA et al., 2023).

A violência física é descrita como qualquer ato praticado mediante ao uso da força física, podendo ou não incluir o uso de armas que venha causar ou implicar em danos à saúde ou integridade do corpo da mulher. Em contrapartida, a violência psicológica e moral são tipos mais difíceis de identificar, reconhecidas como qualquer ação ou omissão que cause danos a identidade, autoestima ou interfira no desenvolvimento cognitivo, bem como inclui injúria calúnia e difamação, ou seja, qualquer conduta discriminatória que macule a dignidade e a reputação da mulher (BRASIL, 2016).

Dentre os tipos de violência avaliadas no biênio, a sexual apareceu em 5ª lugar, e foi responsável por 6.896 (10,3%) dos registros. É compreendida como [...] toda conduta em que numa relação de poder por meio de força física, imposição, sedução ou coerção psicológica, se impõe uma pessoa a submeter ou praticar ato sexual (BRASIL, 2016). Contudo, ao estratificar

os registros, a maioria foi casos de estupro (n = 4.037/58,5), seguida de assédio (n = 2.390/34,7), o resultado corrobora com outros estudos (DA BROI; VIETTA; FREITAS, 2017; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; ALBUQUERQUE; SILVA, 2017; MADEIRO et al., 2019; SILVA et al., 2023).

Destaca-se que o atendimento nas situações de violência sexual pelos serviços de saúde é prioritário, sendo que todas as etapas devem ser cumpridas precocemente, de preferência nas primeiras 72 horas (na fase aguda) após a sua ocorrência, a fim de evitar complicações, dentre elas, a gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (SOUZA et al., 2021). O estupro configura-se em um crime contra a liberdade sexual, é um dos crimes menos reportados às autoridades, devido a múltiplos fatores envolvidos, além disso, há que considerar a subnotificação. Uma em cada três mulheres, cerca de 736 milhões, sofre violência sexual cometida por parceiro íntimo ou não (OPAS, 2021), entretanto, a busca por atendimento nos serviços, não ocorre e implica nos mais distintos motivos, sendo os mais comuns a vergonha e o medo de exposição. Isso se deve, sobretudo, a ocorrência de violência sexual ainda hoje cercada de preconceitos, prejulgamentos, tabus e silêncios. É essencial, criar estratégias no sentido de minimizar o estigma em torno do assunto, encorajar e empoderar as pessoas em situação de violência sexual para que recorram aos serviços de saúde e de proteção em tempo oportuno.

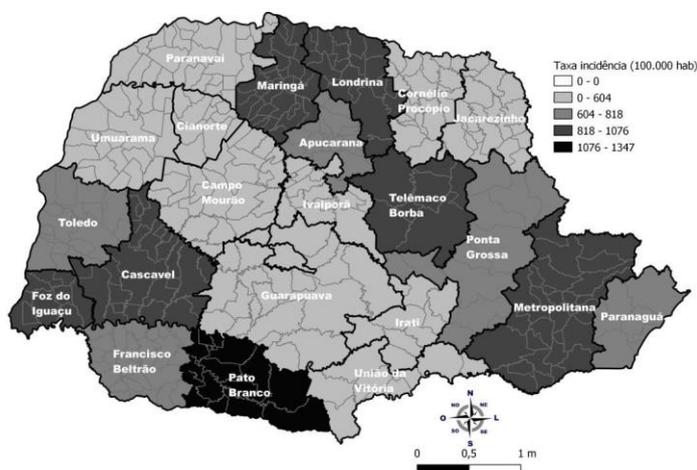
Quanto às características da avaliação de casos de lesão autoprovocada, houve um elevado índice de casos registrados (n = 15.815/32,5%). Desses, 45,7% (n = 7.234) foram casos reincidentes, fato este que explicitou o sofrimento psíquico vivenciado pelo grupo estudado, sendo que os achados foram convergentes com outros estudos (SILVA et al., 2023; DA BROI; VIETTA; FREITAS, 2017; RODRIGUES et al., 2020). Existem diversos aspectos que envolvem a violência autoprovocada sendo os fatores mais referidos a ansiedade, ausência de afeto, depressão, os transtornos mentais, violência, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas (BRITO et al., 2021). Pertencer a minorias étnicas e raciais ou sexuais amplia as probabilidades de ideação e tentativas de suicídio no decorrer da vida, segundo pesquisas realizadas internacionalmente (OH et al., 2019; KING et al., 2008).

A violência autoprovocada refere-se à autoagressão, ideação suicida, tentativa de suicídio e consecução de suicídio, utilizada como um jeito de suprimir o sofrimento e a dor (SILVA et al., 2023). Apesar de as mulheres possuem maior tendência para cometer tentativas de suicídios, os homens têm maior êxito. Dada a magnitude do problema, é essencial refletir

sobre o assunto e as principais questões que o permeiam, e também sobre a concepção e fortalecimento das políticas públicas de saúde e sociais direcionadas a esse segmento, principalmente no campo da saúde mental, bem como a criação de intervenções intersetoriais para prevenção e redução de danos.

Quando estratificado e analisado os casos por regiões de saúde em números absolutos, a 2ª regional de saúde (Metropolitana) registrou o maior número de casos, e também de habitantes em relação às demais. Contudo, a regional de saúde de Pato Branco, na região sul do estado do Paraná, foi a que apresentou maior incidência de violência interpessoal e autoprovocada (1.347,0 casos/100.000 mulheres e meninas), seguido da regional metropolitana (1.075,7/100.000 mulheres) e de Londrina (1.071,2/100.000 mulheres e meninas) (Figura 1). Um dado interessante, visto que a violência tem evoluído com tendência de crescimento, em especial nos maiores centros urbanos e tendência migratória para os de médio porte, o que pode estar associado a questões tais como a relacionadas a globalização, acontecimentos históricos, ideologias e estruturas de relação de poder, entre outros (GULLO, 1998).

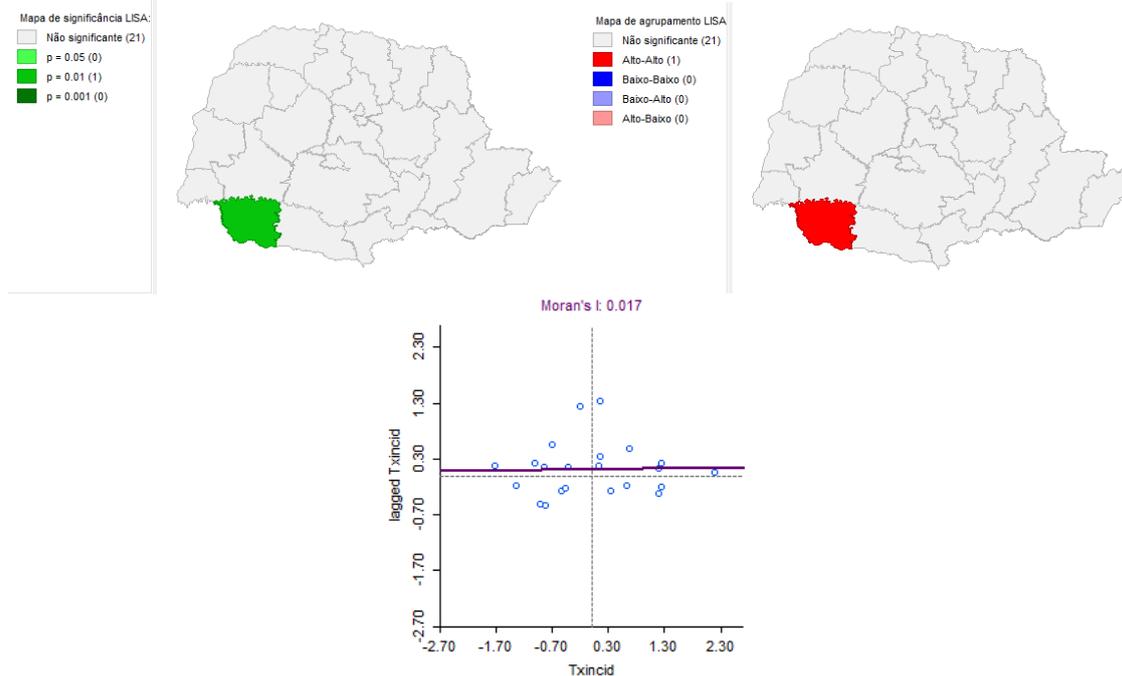
FIGURA 1 – INCIDÊNCIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM MULHERES E MENINAS. PARANÁ, 2021 E 2022



FONTE: Autores (2023).

Em relação a avaliação da incidência de casos de violência interpessoal e autoprovocada registrados no período, utilizando a técnica estatística de Moran Local para detecção de padrões de autocorrelação entre as regiões de saúde do Estado, observou-se que a região de Francisco Beltrão obteve autocorrelação espacial significativa ( $p=0,01$ ) (Figura 2).

FIGURA 2 – ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ESPACIAL DA INCIDÊNCIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM MULHERES E MENINAS. PARANÁ, 2021 E 2022



FONTE: Autores (2023).

Um Índice de Moran de 0,017 sugere que, embora haja alguma autocorrelação espacial na Regional de Saúde de Francisco Beltrão ao comparar os valores das incidências dos seus vizinhos, esta semelhança não é muito acentuada. Pode haver áreas com valores semelhantes próximas umas das outras, mas isso não é tão pronunciado, embora a autocorrelação espacial tenha sido significativa ( $p=0,01$ ). O achado elevado de Indicadores Locais de Associação Espacial (LISA), indicou que a Regional de Saúde de Francisco Beltrão exibe uma tendência de estar rodeada por outras regionais de saúde com valores de incidência semelhantes. Existe uma concentração geográfica, representada pela taxa de incidência, quando analisado o Estado no período de 2021 e 2022, sugerindo uma associação espacial positiva onde áreas semelhantes se agrupam.

Uma das limitações do estudo foi o fato de que um caso pode ter sido notificado várias vezes em um curto período de tempo, em função das várias agressões sofridas, resultando em possível superestimação dos dados. É sabido que conflitos e violências sempre existiram, são parte das conexões humanas e da convivência em sociedade.

A violência está relacionada em como o ambiente urbano é estruturado, de forma excludente, injusto, divergente. Os espaços urbanos são constituídos numa lógica capitalista e permeada por disparidades, iniquidades sociais, e a existência de espaços fragmentados. De um

---

lado as classes elitizadas e dominantes, em contrapartida, do outro lado, ambientes periféricos, as classes populares e as hiperperiferias dos excluídos, e no meio termo existe a classe média. Ademais, uma característica peculiar nos espaços periféricos é o predomínio da cultura da pobreza, infraestruturas precárias, mercado informal, desemprego, pouco ou nenhum segmentado e contraditório na sociedade [...]. Destaca-se que a urbanização sem urbanidade, equidade e justiça social contribui para a territorialização da violência, resultando em sua retroalimentação por meio da letargia espacial e pela função da ambiência no processo social (FERREIRA; PENNA, 2005; WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018).

Os centros urbanos como espaços de injustiça e disparidade se agravam em determinados cenários históricos, haja vista, a solidificação do capitalismo e as suas constantes mudanças, e também a marginalização frente às fragilidades e dificuldades de captação de segmentos da população pelo mercado de trabalho, oriundo das desigualdades econômicas e sociais (WEYRAUCH, 2011; GRILLO, 2019).

Agir sobre o território no enfrentamento de violência demanda criar oportunidades, melhoria de infraestruturas e criação de espaços públicos saudáveis, concepção de estratégias com potencial de promover mudanças e quebra de paradigmas tais como: assistência psicossocial, investimento em educação, esporte e lazer, implantação e fortalecimento de projetos sociais e culturais direcionado aos jovens de baixa renda. Por outro prisma, oportunizar a integração dos serviços de segurança pública das comunidades, promover diálogos nos espaços comunitários com participação efetiva de lideranças e comunidade local, promover a cultura de paz e de não violência, a convivência pautada no respeito a diversidades e que a violência é um problema de saúde pública que pode ser prevenido e superado.

Ademais, independente se a violência ocorreu em domínio familiar ou na comunidade, ela é entendida como um empecilho para salvaguardar os direitos humanos e a liberdade essencial de mulheres e meninas e não deve ser tolerada. A violência de gênero está associada à subsistência de um vínculo injusto de poder, que consente aos homens a violação dos direitos e do corpo das mulheres. É fundamental, romper essa masculinidade tóxica, inquirir esse “agir de ser homem” que autentica e reproduz uma arbitrariedade sexista, além do que é necessário refletir sobre maneiras plausíveis de combate dos métodos que concebem homens agressores, ofensores e estupradores (FERNANDES; NATIVIDADE, 2020).

Nessa lógica, a OMS demonstra urgência em aprimorar a eficiência dos serviços de saúde identificando a violência doméstica perpetrada contra a mulher e a exposição ao

---

femicídio, bem como o encaminhamento adequado da mulher em situação de violência e seu acesso aos serviços de justiça e de segurança pública, para aquisição de medidas protetivas, estratégias essas que pode ser o diferencial entre a vida e a morte (OPAS, 2021).

Apesar da violência abranger distintos grupos, as mulheres jovens, com baixa escolaridade e renda, são o público mais frequente, e na maioria das vezes a agressão é praticada por parceiros ou ex parceiros, estatística de Moran Local que explicita e a violência de gênero alicerçada e enraizada no machismo historicamente em virtude da posição desigual de relação de poder entre os gêneros. Salienta-se que, frente ao cenário posto, ainda temos grupos com maior susceptibilidade e risco de exposição a essa condição, a exemplo, mulheres negras, a conjugação dos fatores de gênero e raça tende a aumentar ainda mais as vulnerabilidades das pessoas, suscetíveis a discriminações múltiplas (GARBIN et al., 2017).

Os pilares da atenção integral à saúde das meninas e mulheres em situação de violência devem possuir a base na excelência do cuidado, na ética, na resolutividade dos casos e no fortalecimento da autonomia. As discussões de gênero e a sua interface com a violência devem ser abordadas de forma ampliada em consonância com as diretrizes pactuadas na esfera da saúde, justiça e segurança no Brasil (BANDEIRA, 2014) e as mudanças socioculturais não devem afastar-se dos coletivos feministas e, assim, seguirem compromissados com a concepção de novos conhecimentos e práticas.

A prevenção, a superação e o atendimento a questões relacionadas à violência de gênero requerem reflexões dos diversos segmentos da sociedade e atuações conjuntas, proposições que incidam diretamente na estrutura e circunstância do fenômeno, edificador da nossa realidade social de forma tão discrepante e violenta às mulheres (BANDEIRA, 2014). Ademais, é preciso abranger educação, integração da mulher no mercado de trabalho, diminuição de subordinação econômica e de disparidades de renda entre homens e mulheres, e a disponibilidade de serviços essenciais de apoio e proteção às sobreviventes, dentre outros.

Por outro lado, as mediações bem-sucedidas englobam ações como a capacitação da sociedade civil para compreensão e reconhecimento da violência, e suporte às mulheres e meninas em situação de violência, imprescindíveis para a eliminação de estigmas e diminuir o problema. Também é necessário o fortalecimento das legislações para coibir todas as formas de violência, visto os impactos e traumas que podem acarretar na saúde física e mental da mulher por toda a vida (BRASIL, 2023b; WANZINACK; MÉLO, 2021).

---

Por fim, é essencial promover a qualificação técnica dos profissionais de Saúde, gestores e serviços de saúde e áreas afins, quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Violência do SINAN, no sentido de assegurar a confiabilidade, consistência e robustez das informações produzidas, para que possa ser publicizada e utilizada com suporte para estruturação dos serviços e processos de trabalho, bem como tenha o entendimento de seu uso para análise de situação em saúde e para formulação de políticas de prevenção, intervenção e controle.

#### **4 Considerações finais**

A violência de gênero tem sido um problema social no Brasil e no mundo. Este estudo epidemiológico evidenciou a dimensão do problema no Estado do Paraná, com elevado índice de violência perpetrado contra meninas e mulheres jovens, com baixa escolaridade, com maior prevalência no ambiente doméstico, explicitando o quanto estão vulneráveis a sofrer violência. Destaca-se que a Regional de Saúde de Francisco Beltrão compartilha característica de incidência alta semelhantes às regionais vizinhas, embora com autocorrelação não muito forte. Isto pode indicar direcionamento das ações de enfrentamento da violência contra mulher, e também a concepção de políticas públicas de equidade mais assertivas, em áreas em que a compreensão da distribuição espacial dos dados é fundamental.

O cuidar e produzir saúde com enfoque às pessoas em situação de violência, implica em compreender a mulher em sua plenitude, ouvi-la com respeito, sensibilidade, criatividade e solidariedade, acolhendo-a sem inferência de valores e/ou julgamento, no acolhimento deixar isso claro e exteriorizar a genuína essência do ato de cuidar em saúde. Atividades educativas com foco na construção de vínculos de solidariedade e respeito às diversidades.

Requer a ampliação da oferta e acesso aos serviços de apoio a mulheres em situação de violência, e também capacitar a rede de atenção à saúde para a identificação e cuidado qualificado, ações de promoção da saúde unificada, inclusive por meio da elaboração de linhas de cuidado específicas, divulgação de fluxos de atendimento eficaz para que nas situações pertinentes, essas mulheres e meninas se sintam seguras e confortáveis em buscar auxílio nos equipamentos da rede de saúde e intersetorial. Tais ações propõem-se contribuir para evitar a revitimização. A qualificação técnica das equipes e serviços é um requisito diferencial para o fortalecimento do processo de trabalho, haja visto a necessidade de romper as barreiras de

acesso, preconceitos e estereótipos associados à temática, de melhorar a interlocução entre as equipes, as usuárias, os serviços e a comunidade, delineando estratégias de superação e de prevenção da violência.

Espera-se que os resultados do estudo possam dar visibilidade à problemática, contribuindo para a reflexão sobre responsabilidade dos gestores, equipes e também a responsabilidade dos serviços e profissionais da rede, na perspectiva de expandir e ampliar a eficácia das ações estratégicas baseadas em evidências.

## Referências

ALBUQUERQUE, A. L.; SILVA, W. C. Perfil da violência sexual contra mulheres atendidas no serviço de apoio à mulher. **Rev. enferm. UFPE on line**; v. 11, n. supl. 5, p. 2106-2115, maio. 2017.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, v. 54, n. 8, 18 maio. 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08/view>>

BRASIL. Lei nº 11.340. Brasília, 2006. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, 2016. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpeoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpeoal_autoprovocada_2ed.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. Brasília, 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da->

---

[mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a **Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**, aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 13 ago. 2018b; Seção 1:87. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>

BRITO, F. A. M. D.; MOROSKOSKI, M.; SHIBUKAWA, B. M. C.; OLIVEIRA, R. R. D.; HIGARASHI, I. H. Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. **Cogitare Enfermagem**, v26, e76261, 2021.

BUENO, S.; BOHNENBERGER, M.; SOBRAL, I. **A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2020. Disponível em <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/6-a-violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-ano-pandemico.pdf>>

DA BROI, L. G; VIETTA, G. G; FREITAS, P. F. Fatores associados a violência contra mulher no estado de Santa Catarina. **Anima Educação**, 2017. Disponível em <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9201/10/ANIMA9201.pdf>>

FERREIRA, I. F. C. B.; PENNA, N. A. Território da Violência: um olhar geográfico sobre a Violência Urbana. **GEOUSP Espaço e Tempo**, v. 9, n. 1, p. 155-168, 2005.

FERNANDES, N. C.; NATIVIDADE, C. dos S. J. da. A naturalização da violência contra a mulher / The naturalization of violence against women. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 76076–76086, 2020.

FERRAZ, M. I. R.; LABRONICI, M. L. Perfil da violência doméstica contra mulher em Guarapuava, Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 261-268, abr.-jun. 2009.

GRILLO, C. C. Da violência urbana à guerra: Repensando a sociabilidade violenta. **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 12, n. 1, p. 62-92, 2019.

GULLO, Á. A. S. Violência urbana: um problema social. *Tempo Social*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 105-119, 1998. DOI: 10.1590/ts.v10i1.86719. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/86719>.

GARBIN, C. A. S.; GOMES, A. M. P.; GATTO, R. C. J.; GARBIN, A. J. I. Um Estudo Transversal Sobre Cinco Anos de Denúncia Sobre Violência Contra Crianças e Adolescentes em Araçatuba - São Paulo. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 4, p. 273–7, 2017.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev de Saúde pública**, v. 39, n. 5, p.695-701, 2005.

KING, M., SEMLYEN, J., TAI, S.S. et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 70, 2008.

LEITE, F. M. C.; LUIS, M. A.; AMORIM, M. H. C.; MACIEL, E. L. N. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, E190056, 2019.

LAWRENZ, P.; MACEDO, D. M.; HOHENDORFF, J. V.; FREITAS, C. P. P. D.; FOSCHIERA, L. N.; HABIGZANG, L. F. Violência contra mulher: notificações dos

profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, e34428, 2018.

MACHADO, A.P.; SOUZA, M. G. **Vigilância em saúde e sua aplicabilidade: gestão no contexto prático-teórico**. Curitiba: Editora Intersaberes, 2023.

MADEIRO, A.; RUFINO, A. C.; SALES, Í. C.; QUEIROZ, L. C. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 7, n. 3, Jul.Set, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório da OMS**. Genebra/Nova York, 9 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>>

OH, H.; STICKLEY, A.; KOYANAGI, A.; YAU, R.; DEVYLDER, J. E. Discrimination and suicidality among racial and ethnic minorities in the United States. **J Affect Disord**, n. 245, p. 517-523, Feb. 2019.

PESTANA, J. T. S.; DOS SANTOS, E. K. M.; SILVA, A. M. M.; DA ROCHA, C. M.; DO NASCIMENTO, G. A.; RODRIGUES, I. S.; DA SILVA, M. C.; MONTEIRO, T. M. Q. Epidemia invisível: perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência doméstica no Estado de Pernambuco entre 2015 e 2019. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 64290–64308, 2021.

PEREIRA, F. F. **A reincidência da violência contra meninas e mulheres pobres do município do Rio Grande/RS**. Rio Grande: Ed. da FURG, 2021.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. **Nota Técnica nº3/2021**. Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@d37c2cf5-c1ae-4ee1-8b0c-95c2de1312ad&emPg=true>>

RODRIGUES, M. F.; OLIVEIRA, P. P.; SILVA, H.C.; PINHEIRO, J. M. C. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago**, v. 6, n. 2, e 600003, 2020.

SILVA, S. B. J.; CONCEIÇÃO, H. N.; OLIVEIRA, M. R.; CÂMARA, J. T.; MOURA, L. R. P.; SANTOS, S. K.; PEREIRA, B. M. Violência Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em um município do interior do Maranhão, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 45, p. 056-065, 2021.

SILVA, E. N.; MARQUES, G. L. W. B.; WANZINACK, C. Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada no Paraná entre 2015 e 2018. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 6, n. 1, p. 1-15, mar. 2023.

SOUTO, R. Q.; LEITE, C. C. S.; FRANÇA, S. X.; ALESSANDRO, I. L. C. Violência Sexual Contra Mulheres Portadoras de Necessidades Especiais: Perfil Da Vítima E Do Agressor. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 72-77, en.mar. 2012.

SOUZA, M. G. et al. **Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual: abordagem multidisciplinar**. 3. ed. Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@64cd669f-b84a-4d9a-aeb8-99ec17e257a9&emPg=true>>

---

VASCONCELOS, N.M; ANDRADE, F.M.D; GOMES, C.S; PINTO, I.V.; MALTA, D.C. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2>

WANZINACK, C.; MÉLO; T. R. Homicídio de Meninas e Mulheres no Brasil de 2015 a 2019: Território, Gênero e Raça em Pauta. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**. Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 186-206, jan./jul. 2021.

WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C.; REIS, C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 12, e00012818, 2018.

WEYRAUCH, C. S. Violência urbana. **Dimensões**, n. 27, 2011. Disponível em <<https://brainly.com.br/tarefa/19227811>>