



**CURSO DE MEDICINA**

**CATHERINE COIMBRA BARATA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM SALVADOR,  
BAHIA. 2015-2019.**

**SALVADOR**

**2021**

**Catherine Coimbra Barata**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM SALVADOR,  
BAHIA. 2015-2019.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e  
Saúde Pública para aprovação parcial no 4º  
ano de Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Sara dos Santos Rocha

**Salvador**

**2021**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, pelo apoio e lembrança de que com coragem, calma e persistência posso atingir meus objetivos. Às minhas amigas da faculdade e da vida, com quem compartilhei momentos de angústias, reflexões e alegrias muito importantes.

À professora Sara Rocha, pela orientação, cuidado, dedicação e amizade que foram essenciais para a realização desse trabalho e ao professor Juarez Pereira, cujo auxílio e empenho superaram as expectativas, contribuindo significativamente para meu desenvolvimento acadêmico.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho, atuando como gotas vigorosas de chuva em um incêndio ao garantir visibilidade a este tema.

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher consiste em qualquer ato violento que tenha como base o gênero e seja capaz de gerar dano físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaça desses atos, a coerção ou privação da liberdade, seja na vida pública ou na privada. É uma prática indiscriminada, que ocorre sobretudo no âmbito familiar, sendo a sua invisibilidade sustentada pela ocorrência no espaço privado. No Brasil, de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), para cada 10 mulheres brasileiras, quase 3 sofrem violência, sendo o autor conhecido em 76,4% dos casos. **Objetivos:** Caracterizar o perfil epidemiológico da violência sofrida por mulheres em Salvador, Bahia, no período de 2015 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo realizado com a população do sexo feminino residente na capital do estado da Bahia assistida e notificada nas unidades de saúde. Os dados foram coletados no sistema de notificação de saúde TABNET. As análises foram realizadas no pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0 para Windows e apresentados sob a forma de Tabelas e Gráficos. **Resultados:** Em Salvador, entre 2015 e 2019, foram notificados 9.391 casos de violência contra a mulher, com maior frequência em 2019, com 2.750 (29,28%) registros. O Distrito Sanitário de Cabula/Beiru notificou o maior número de casos, 1.524 (16,72%), em contraste com Cajazeiras, com apenas 284 (3,11%) registros. A faixa etária dos 19-39 anos representou a maior frequência, com 6.946 (73,96%) casos. O ensino médio foi o nível de escolaridade mais frequente, com 1.328 (49,98%) registros. A principal ocupação notificada foi "serviços gerais", 437 (31,12%), seguida por dona de casa 275 (19,58%) e estudante 245 (17,45%). A categoria pretas e pardas representou a mais frequente, com 3.508 (89,03%) notificações. A situação conjugal predominante foi solteira, 2.088 (55,69%). A principal motivação da violência foi atribuída à categoria "outros" 1.095 (30,77%), seguida por sexismo 983 (27,62%). A natureza da violência predominante foi a física 8.124 (86,50%), sendo o principal meio utilizado na violência o espancamento, com 5.945 (73,17%) casos. Em relação ao autor do sexo, o masculino foi o mais frequente, com 3.569 (83,09%) registros. **Conclusão:** A violência contra a mulher em Salvador é uma questão social e de saúde pública que atinge principalmente mulheres jovens, negras, de baixa escolaridade e que ocupam cargos pouco remunerados. A principal forma de violência é física, seguida por psicológica, sendo motivada, na maioria das vezes, por sexismo e situação de rua. É necessário haver transversalidade das diversas políticas envolvidas e conscientização social em prol do combate a esse problema.

**Palavras-chave:** Violência Contra a Mulher; Violência Sexual; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Background:** Violence against women consists of any violent act that is gender-based and capable of causing physical, sexual or psychological harm to women, including the threat of such acts, coercion or deprivation of liberty, whether in public or private life. It is an indiscriminate practice, which occurs mainly within the family, and its invisibility is supported by its occurrence in the private space. In Brazil, according to the Brazilian Public Security Forum (FBSP), for every 10 Brazilian women, almost 3 suffer violence, and the perpetrator is known in 76.4% of the cases. **Objectives:** To characterize the epidemiological profile of domestic violence suffered by women in Salvador, Bahia, in the period from 2015 to 2019. **Methods:** This is a descriptive study conducted with the female population residing in the capital city of the state of Bahia attended and notified at health centres. The data presented in this study was collected in the TABNET health notification system. The analyzes was made in the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 21.0 for Windows and presented in the form of Tables and Graphs. **Results:** In Salvador, between 2015 and 2019, 9.391 cases of violence against women were reported, most frequently in 2019, with 2.750 (29,28%) cases. The Health District of Cabula/Beiru reported the largest number of cases, 1.524 (16,72%), in contrast to Cajazeiras, with only 284 (3,11%) cases. The age group of 19-39 years represented the highest frequency, with 6.946 (73,96%) cases. High school was the most frequent level of education, with 1.328 (49,98%) cases. The main occupation reported was "general services", 437 (31,12%), followed by housewife 275 (19,58%) and student 245 (17,45%). The black and brown category represented the most frequent, with 3.508 (89,03%) notifications. The predominant marital status was single, 2.088 (55,69%). The main motivation for violence was attributed to the category "others" 1.095 (30,77%), followed by sexism 983 (27,62%). The predominant nature of violence was physical 8.124 (86,50%), with beatings being the main means used in violence, with 5.945 (73,17%) cases. Regarding the sex, male was the most frequent, with 3.569 (83,09%) cases. **Conclusion:** Violence against women in Salvador is a social and public health issue that affects mainly young, black, low-educated women who occupy low-paid positions. The main form of violence is physical, followed by psychological, being motivated, in most cases, by sexism and homelessness. There is a need for transversality of the various policies involved and social awareness in order to combat this problem.

**Key-words:** Violence Against Women; Sex Offenses; Health Services Research.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS</b>	
2.1. Objetivo geral.....	9
2.2. Objetivos específicos.....	9
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	10
<b>4. METODOLOGIA</b>	
4.1 Desenho de estudo.....	15
4.2 Local e período do estudo.....	15
4.3 População do estudo.....	15
4.3.1 Critérios de inclusão.....	15
4.3.2 Critérios de exclusão.....	15
4.4 Operacionalização da pesquisa.....	15
4.5 Variáveis do estudo.....	16
4.6 Plano de análises.....	17
4.7 Aspectos éticos.....	18
<b>5. RESULTADOS</b> .....	19
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher consiste em qualquer ato violento capaz de gerar prejuízo físico, psicológico ou sexual às mulheres, tendo como base o gênero, incluindo ameaça desses atos, a coerção ou privação da liberdade, seja na vida pública ou na privada<sup>1</sup>. Essa conduta é produzida a partir de uma hierarquia de domínio masculino nas relações sociais entre os sexos, em que a mulher é exposta a agressões objetivas e subjetivas, dificultando sua vivência social pautada na igualdade humana e social<sup>2</sup>.

A partir da perspectiva de gênero, é possível compreender a distinção entre a violência contra a mulher e outras violências. Essa diferença é oriunda da desigualdade entre os sexos, em que as relações de gênero são constituídas em paralelo às relações de hierarquia<sup>3</sup>. É uma prática indiscriminada, que ocorre sobretudo no âmbito familiar, sendo a sua invisibilidade sustentada pela ocorrência no espaço privado<sup>4</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 35% de todas as mulheres no mundo já sofreram violência física e/ou sexual praticada por um parceiro íntimo. Além disso, as mulheres que foram abusadas fisicamente ou sexualmente por seus parceiros apresentam maior número de relatos referentes a problemas de saúde. Exemplo disso é que elas são praticamente duas vezes mais suscetíveis a desenvolverem depressão<sup>5</sup>.

No Brasil, no que tange o cuidado da mulher pelos serviços de saúde, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esse documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como norteadores de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para diversas ações que envolvem a saúde da mulher, sobretudo o combate à violência<sup>6</sup>.

Além disso, com o intuito de coibir e prevenir tal violência, foi criada a Lei 11.340/2006, chamada de Lei Maria da Penha, que objetiva punir os atos violentos praticados contra as mulheres, oferecendo medidas de assistência e proteção às vítimas. A Lei Maria da Penha é inovadora e representa uma importante conquista para as mulheres vítimas de

violência, sendo reconhecida pela ONU como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres. A partir dela, essa questão é tratada como um desrespeito aos direitos humanos, e não apenas um crime de menor potencial ofensivo<sup>7</sup>.

A pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), de 2019, mostrou que para cada 10 mulheres, quase 3 sofrem violência no país. Além disso, revelou que o autor da violência é conhecido da vítima em 76,4% dos casos<sup>8</sup>. Esse fato demonstra que, apesar dos esforços e dispositivos legais voltados para a redução desse grave problema, o caminho para resultados promissores ainda é longo.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Salvador é a quarta capital mais populosa do Brasil, com uma população estimada em 2019 de 2.872.347 pessoas, sendo 56,51% (1.623.450 pessoas) do sexo feminino<sup>9</sup>. Segundo um levantamento de dados realizado com as duas Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher nessa capital, localizadas nos bairros de Brotas e Periperi, foram registrados 980 casos de violência contra mulheres no mês de janeiro de 2019, o que equivale a uma agressão a cada 45 minutos<sup>10</sup>. Esses dados são alarmantes, visto que, nesse levantamento, não estão sendo contabilizadas as agressões notificadas pelas unidades de saúde, nem as subnotificações.

Embora políticas públicas tenham sido implementadas nos últimos anos visando maior combate à violência contra a mulher, no Brasil, há ainda muitos desafios a serem superados. Isso ocorre na medida em que a mera ampliação das equipes de assistência, desprovida de intersectorialidade, não garante a construção de um modelo eficaz e integral. Além disso, quando há procura aos serviços de saúde pelas vítimas, a violência muitas vezes não é identificada e adequadamente manejada pelos profissionais que realizam o atendimento<sup>11</sup>. Dessa forma, não há garantias de preservação da integridade física e psicológica ao longo da rede de cuidado, culminando em graves consequências para a saúde. Para que haja progresso rumo ao



combate do problema, é imperativo haver análises detalhadas dos serviços de assistência a mulheres em situação de violência, de modo que suas deficiências possam ser identificadas<sup>12</sup>.

Considerando a dimensão da violência contra a mulher e suas repercussões, o estudo sobre o perfil epidemiológico da violência contra mulheres em Salvador pode auxiliar a compreender as condições que envolvem esse problema no município, assim como fornecer informações para que as políticas de enfrentamento sejam aperfeiçoadas e seguidas, preservando a saúde da mulher de maneira integral.

O tema se apresenta como relevante, uma vez que uma multiplicidade de desafios permeia o combate efetivo à violência contra a mulher no Brasil, desde a subnotificação à deficiência na intersectorialidade necessária ao cuidado integral da saúde da vítima. Ademais, trata-se de uma questão que demanda atenção, sobretudo na cidade de Salvador - Bahia, devido ao número elevado de ocorrências. Dessa maneira, se faz imperativo empenho em prol da resolutividade, visto que não é apenas um grave problema de saúde pública, mas também uma violação aos direitos humanos. Assim, estudar e compreender em que condições a violência contra a mulher se manifesta no município de Salvador, a partir das notificações registradas, se torna ainda mais relevante para a tomada de decisões no direcionamento das políticas públicas nos diversos setores.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Caracterizar o perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Salvador - Bahia, no período de 2015 a 2019.

### **2.2 Específico**

2.2.1 Descrever o perfil sociodemográfico da mulher;

2.2.2 Discriminar o número de casos por distrito sanitário de residência;

2.2.3 Descrever a motivação, o meio utilizado e a natureza da violência.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

##### **3.1.1. CONCEITO**

A correlação entre violência e gênero surgiu no início dos anos 1970, em consonância com os movimentos feministas americanos, que denunciavam a violência sexual contra a mulher. Uma década depois, em 1980, esse fenômeno passou a ser apresentado como objeto de estudo, e o termo “violência contra a mulher” tornou-se a configuração mais usada como questão central do movimento feminista nacional americano<sup>3</sup>. De acordo com Almeida (2007), esse termo é utilizado de maneira equivalente às expressões: violência doméstica, violência intrafamiliar e violência de gênero, de forma que particularidades são atribuídas a cada uma delas<sup>13</sup>.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o termo “violência contra a mulher” consiste em qualquer ato violento, baseado no gênero, capaz de gerar dano físico, sexual ou psicológico às mulheres. Isso inclui diversas formas de violência - física, sexual e psicológica -, praticada por parceiros íntimos ou não-íntimos, dentro ou fora do ambiente familiar<sup>14</sup>.

##### **3.1.2. PROCESSO HISTÓRICO**

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) determinou o combate à violência contra a mulher como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, com o intuito de alcançar empoderamento e igualdade de gênero. No mesmo ano, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), defendeu o combate a esse problema a partir de um plano de ação elaborado em 2015, que reconheceu a questão como urgente, com sugestão e incentivo aos países pan-americanos ao fortalecimento dos sistemas de saúde no cuidado de todas as mulheres vítimas de violência<sup>15</sup>.

No Brasil, um marco importante foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e

Erradicar a Violência contra a Mulher – conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, que foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995. A partir dela, a definição de violência contra a mulher, no país, ganhou a mesma definição proposta pela ONU. Além disso, o evento passou a ser referência para a elaboração de ações e diretrizes relativas ao tema pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM), que foi criada em 2003<sup>12</sup>.

Como parte do avanço no combate à violência contra a mulher, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) surgiu em 2004, sendo proposta pelo Ministério da Saúde. Esse documento aponta a integralidade e a promoção da saúde como princípios que devem nortear as ações das políticas de saúde nacionais voltadas para o tema, enfatizando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse contexto<sup>6</sup>. Um importante marco para o fortalecimento da causa foi a criação, em 2005, pela SPM, da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, que, além de funcionar como uma porta-de-entrada para outros serviços da rede, também atua como um instrumento de monitoramento, favorecendo as políticas públicas já existentes.

De grande relevância para a questão da violência contra a mulher no Brasil, foi a criação da Lei nº 11.340, denominada Lei Maria da Penha, em 7 de agosto de 2006. Uma vez que estabelece a criação de serviços especializados no atendimento dos casos de violência doméstica e familiar, bem como reforça a responsabilidade inerente às esferas do governo na implementação de políticas públicas, a lei reitera a necessidade de uma rede de atendimento à violência contra a mulher articulada e intersetorial. Ademais, é relevante considerar que nela não há a disposição apenas de medidas de repressão, mas principalmente de ações afirmativas e preventivas, que são aspectos relevantes sobretudo na articulação da rede de saúde<sup>16</sup>.

Além disso, em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi lançado, consolidando a necessidade de articulação na rede de atendimento à mulher no país<sup>17</sup>.

### 3.1.3. ESTATÍSTICAS:

A violência contra a mulher, abrangendo todos os seus termos equivalentes, é um problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos de grande prevalência global. De acordo com um levantamento realizado em 2013 pela OMS, 30% das mulheres no mundo já viveram um relacionamento em que sofreram violência sexual e/ou física praticada pelo parceiro íntimo. Além disso, pelo menos 38% de todos os assassinatos a mulheres foram cometidos por esses companheiros<sup>14</sup>.

Em 2019, o Fórum de Segurança Pública (FSP), em conjunto com o Instituto Datafolha, desenvolveu a pesquisa Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil. Desse modo, foram entrevistadas 2048 pessoas, sendo 1092 mulheres, evidenciando que 27,4% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Quando questionadas sobre o local onde a agressão mais grave ocorreu, 42% apontaram a própria casa. Ademais, em 23,8% dos casos, o agressor estava incluso na categoria de cônjuge/companheiro/namorado. O estudo concluiu que, apesar do progresso em termos de legislação e conscientização social, o problema permanece estável no país<sup>8</sup>. De acordo com o Atlas da Violência de 2020, lançado pelo FSP e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), foram registrados 4.519 homicídios a mulheres em 2018, o equivalente a uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. Esse dado revela que, embora 2018 tenha apresentado uma redução do número de casos em relação a 2017, ao analisar um período maior, houve um incremento nas taxas de homicídios a mulheres no Brasil, sendo que, de 2008 a 2018, o país obteve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres<sup>18</sup>. Além disso, no ano de 2017, o número de registros de violência doméstica por lesão corporal dolosa foi de 221.238, o equivalente a 606 casos por dia, além de 1.133 casos de feminicídio<sup>19</sup>.

Na Bahia, de acordo com o Atlas da Violência de 2020, em 2018, a taxa de homicídios foi de 5,5 a cada 100 mil mulheres, o que faz da Bahia o nono estado brasileiro com maiores taxas de assassinatos a indivíduos do sexo feminino nesse ano<sup>18</sup>. Em sua capital -Salvador-, as estatísticas relacionadas a esse problema são alarmantes. Em

2019, um levantamento de dados realizado pelas duas Delegacias de Atendimento à Mulher (DEAM) da capital mostrou que houve 980 registros de violência contra a mulher apenas em janeiro. A partir desses dados, que não levam em consideração outras notificações, como as realizadas em unidades de saúde, é possível estimar que houve uma agressão a cada 45 minutos no mês em destaque<sup>10</sup>.

## **3.2. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

### **3.2.1. CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE**

Em proporções mundiais, a violência contra a mulher é reconhecida como um grave problema de saúde pública e violação aos direitos humanos. Embora seja um problema global, varia entre os países a depender de fatores culturais e econômicos<sup>4</sup>. Um profissional de saúde é, muitas vezes, o primeiro a entrar em contato com a vítima de violência, especialmente quando há agressão física ou sexual. Além disso, estatísticas apontam que a confiança das mulheres para relatar o abuso é maior nessa relação. Logo, o setor de saúde apresenta-se como um componente imprescindível ao combate à violência contra a mulher<sup>20</sup>.

Em um estudo realizado pela OMS em 2013, foi analisada a prevalência de determinadas consequências de agressões cometidas por um parceiro íntimo na saúde das mulheres. Desse modo, foi evidenciado que 42% das mulheres que sofreram abuso físico ou sexual por parceiros íntimos apresentaram lesões no corpo. Além disso, as vítimas dessa agressão são: duas vezes mais propensas a desenvolverem depressão, possuem 16% maior chance de gerar um bebê com baixo peso, são duas vezes mais propensas a realizarem um aborto induzido. Além disso, em algumas regiões, são 1,5 vezes mais propensas a adquirirem HIV, comparado a mulheres que não sofreram violência cometida por um parceiro íntimo. Contudo, uma limitação desse estudo consiste na ausência de documentação da violência psicológica, embora pesquisas qualitativas demonstrem que esse é um importante componente da violência contra a mulher, contribuindo para o comprometimento da saúde<sup>14</sup>.

### **3.2.2. POLÍTICAS MULTISSETORIAIS E DE SAÚDE**

No que diz respeito à formação e consolidação da rede de atendimento à mulher em situação de violência no Brasil, em 2010, foi lançada a “Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, cujas diretrizes são apresentadas em um documento de mesmo nome, publicado em 2011 pela SPM e pela Presidência da República. A rede de enfrentamento consiste em uma articulação entre instituições governamentais e não-governamentais, visando desenvolver estratégias multisetoriais de combate à violência, com o propósito de aprimorar a qualidade do atendimento, que abrange desde a identificação ao encaminhamento adequado da vítima. Como componente da rede de enfrentamento, existe a rede de atendimento, que abrange os serviços não-especializados, que na área de saúde, incluem os hospitais gerais, os serviços de atenção primária. Já os serviços especializados são os que atendem exclusivamente a mulheres, no manejo da violência doméstica – como exemplo, há os Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência, as Casas Abrigo, as Delegacias Especializadas, entre outros. Em 24 de novembro de 2003, foi publicada a Lei nº 10.778, normatizando a obrigatoriedade dos profissionais em notificar os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde, fortalecendo a rede de combate ao problema<sup>21</sup>.

Embora haja uma multiplicidade de serviços e instituições marcantes à rede de enfrentamento, é imperativo haver integração entre as ações e políticas públicas em saúde envolvendo o combate à violência contra a mulher, confirmando a Lei Maria da Penha, que propõe a articulação e criação de serviços especializados.<sup>17</sup>.

### **3.2.3. DESAFIOS**

Apesar do progressivo enfrentamento à violência contra a mulher, sobretudo a partir da criação de políticas públicas, essa ainda é uma questão negligenciada por muitos setores da sociedade, especialmente o setor da saúde. Nesse sentido, os profissionais relatam dificuldades em identificar, intervir, tratar, documentar, referenciar e acompanhar as vítimas de abuso. Ademais, é sabido que, erroneamente, a violência contra a mulher é associada a um problema exclusivo da justiça criminal, e a educação de médicos e enfermeiros não contempla esse problema em muitos países do mundo<sup>20</sup>.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Desenho do estudo:**

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de dados secundários.

### **4.2. Local e período do estudo**

O estudo foi realizado em Salvador, capital do Estado da Bahia. A área da unidade territorial da cidade é equivalente a 693,453 Km<sup>2</sup> e a densidade demográfica de 3.859,44 (hab/km<sup>2</sup>). Em relação à renda, o PIB per capita era de R\$ 21.231,48 em 2017, sendo o salário médio mensal de trabalhadores formais nesse mesmo ano de 3,4 salários mínimos. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) era de 0,759 em 2010, com taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 95,9%. A cidade de Salvador possuía uma população estimada, em 2019, de 2.872.347 pessoas. Em relação à distribuição por sexo, havia 1.248.897 pessoas do sexo masculino (43,48%) e 1.623.450 do sexo feminino (56,51%).

O estudo abrangeu o período de 2015 a 2019.

### **4.3. População do estudo**

Indivíduos do sexo feminino vítimas de violência.

#### **4.3.1. Critérios de inclusão**

Vítimas de violência cujo local de ocorrência foi a cidade de Salvador-Bahia.

#### **4.3.2. Critérios de exclusão**

Indivíduos com idade inferior a 18 anos.

### **4.4. Operacionalização da pesquisa**

As informações foram coletadas a partir da plataforma de dados Tabnet ([www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br)). Essa plataforma consiste em um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que contempla dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e pelo Sistema de Informação dos Agravos de



Notificação (SINAN), com o intuito de gerar ampla divulgação acerca das informações de saúde do município, bem como de auxiliar na tomada de decisões dos gestores.

#### **4.5. Variáveis do estudo**

a) Em relação à vítima:

- Escolaridade (analfabeto, ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto, educação superior completa e incompleta);
- Raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena);
- Situação conjugal (solteira, casada/união consensual, viúva, separada);
- Idade (anos) e faixa etária (19 a 39, 40 a 59, 60 a 79 e 80 ou mais);
- Ocupação (dona de casa, aposentada, estudante, serviços gerais, nível médio, nível universitário e outros);
- Distrito sanitário de residência (Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho/Pituba, Boca do Rio, Itapoan, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras).

a) Em relação ao autor do ato violento:

- Sexo (masculino e feminino).

b) Em relação ao ato violento:

- Ano da ocorrência (2015, 2016, 2017, 2018, 2019);
- Motivação (sexismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência, outros);
- Natureza da violência (física, psicológica/moral, sexual, financeira/econômica);
- Meio usado na agressão (arma de fogo, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante).

A classificação das ocupações foi definida pelo pesquisador através dos seguintes grupos: dona de casa, aposentado, estudante, serviços gerais, nível médio, nível universitário e outros.

Ocupação	Exemplos
Dona de casa	-
Aposentada	-
Estudante	-
Serviços gerais	Babá, manicure, faxineiro, operador de caixa, garçom.
Nível médio	Técnico de enfermagem, técnico de laboratório, auxiliar de enfermagem, teleoperador.
Nível superior	Químico, fonoaudiólogo, nutricionista, médico, psicopedagogo.
Outros	Artesão bordador, artesão ceramista, artesão crocheteiro.

De acordo com o Dicionário de Variáveis da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências do SINAN, em relação à motivação da violência, “deficiência” inclui deficiência física, mental, visual e auditiva, além de transtorno mental e de comportamento.

#### 4.6. Plano de análises

Com os dados coletados, foi construído um banco de dados no Programa Excel 2010® for Windows versão 10. As variáveis quantitativas foram analisadas quanto à sua distribuição em média e desvio padrão e/ou mediana e intervalo interquartil, de acordo com os pressupostos de normalidade testados no Teste de *Komogorov-Sminov*, e as variáveis qualitativas em valores absolutos e percentuais. Para verificação de diferenças estatisticamente significantes, foi utilizado o teste t de *student* ou *Mann Whitney* para as variáveis qualitativas e teste qui quadrado de *Pearson* e/ou Exato de *Fischer* para as quantitativas. Foi considerado como significativo estatisticamente o valor de  $p < 0,05$ . O armazenamento e as análises estatísticas dos dados coletados foram realizados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21 e apresentados sob a forma de Tabelas e Gráficos.

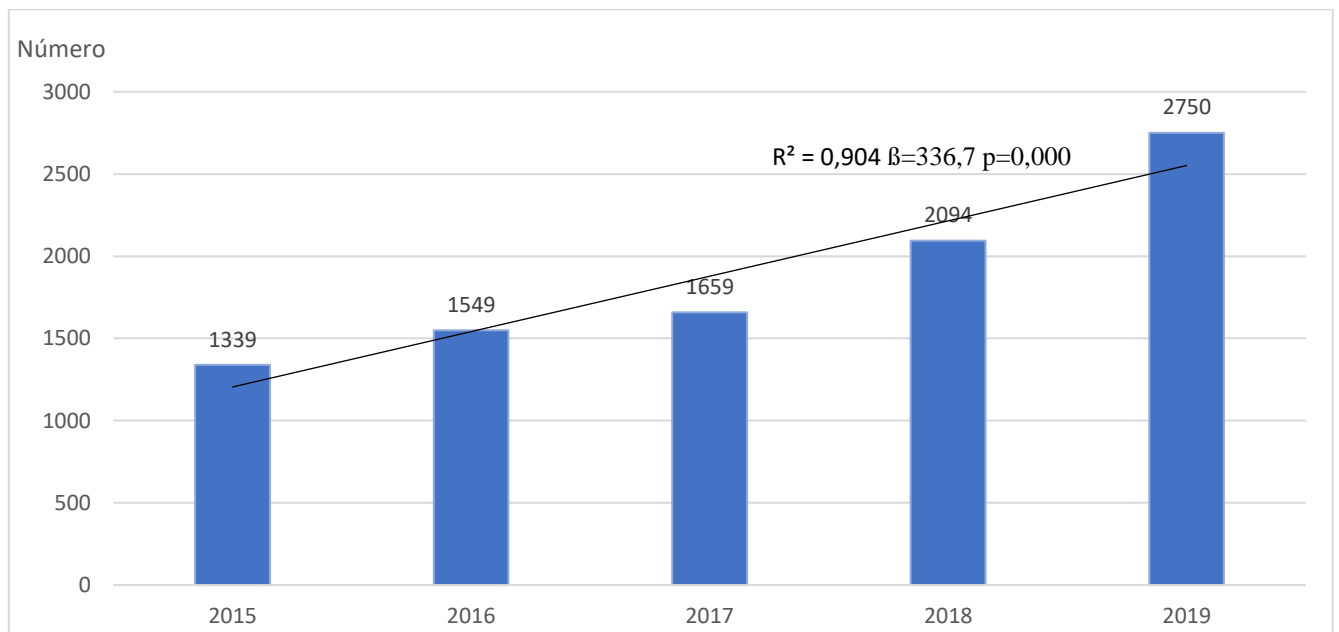
#### **4.7. Aspectos éticos**

Este Projeto de Pesquisa, por utilizar dados de domínio público, sem identificação dos indivíduos, não necessitou de submissão a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). As informações obtidas serão utilizadas com fins restritos à pesquisa a que se destinam, garantindo a confidencialidade. Os pesquisadores se comprometeram a utilizar as informações obtidas somente para fins acadêmicos e sua divulgação exclusivamente em eventos científicos.

## 5. RESULTADOS

Em Salvador-Bahia, no período de 2015 a 2019, foi registrado um total de 9.391 casos de violência contra as mulheres com idade acima de 18 anos, em 12 distritos sanitários residenciais de Salvador. Houve crescimento no número de notificações, com 1.339 (14,26%) casos notificados em 2015 e 2.750 (29,28%) em 2019, o que representa um aumento no número de registros de 105,3% entre 2015 e 2019. Apresentando tendência fortemente ascendente, robusto e coeficiente de correlação, estatisticamente significativa ( $R^2 = 0,904$   $\beta=336,7$   $p=0,000$ ) (Gráfico 1). A média do número de casos por ano foi 1878,2, com desvio-padrão de 559,858

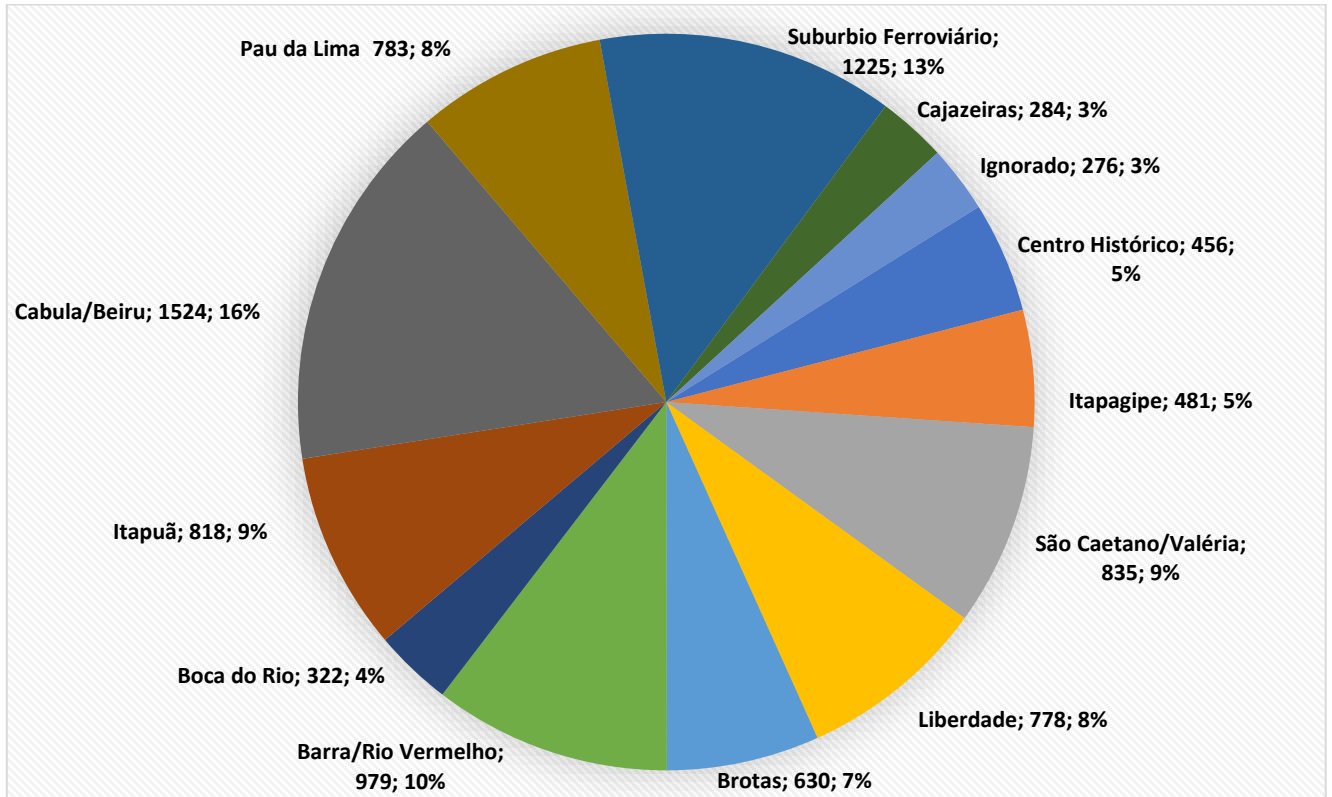
Gráfico 1. Número de casos de violência contra a mulher segundo o ano de notificação. Salvador - Bahia. 2015-2019.



Fonte: SMS/SUIS-SINANET

Do total de registros sobre o Distrito Sanitário de Residência, há 276 (2,93%) casos ignorados. A partir da análise das notificações elegíveis, o Distrito Sanitário de Cabula/Beiru apresentou o maior número de casos notificados 1.524 (16,72%), enquanto Cajazeiras o menor, com 284 (3,11%) registros (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número e percentual de casos notificados de violência contra a mulher segundo distrito sanitário de residência. Salvador - Bahia. 2015-2019.



Fonte: SMS/SUIS-SINANET

A faixa etária dos 19-39 anos representou a maior frequência, com 6.946 (73,96%) registros e maiores de 80 anos, a menor, com 43 (0,45%) casos (Tabela 1). Em relação à idade detalhada, a mediana de idade foi 91,50 (IIQ 24-292).

Tabela 1. Número e percentual de casos notificados de violência contra a mulher segundo faixa etária. Salvador – Bahia. 2015-2019.

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
<b>19-39</b>	6.946	73,96
<b>40-59</b>	2.070	22,04
<b>60-79</b>	332	3,53
<b>80 ou mais</b>	43	0,45
<b>Total</b>	9.391	100,00

Fonte: SMS/SUIS-SINANET

Dos 2.657 valores válidos da variável escolaridade, pois 6.734 (71,7%) eram ignorados, o ensino médio, com 1.328 (49,98%) indivíduos foi o mais frequente e analfabeto, 33 (1,24%), o de menor valor.

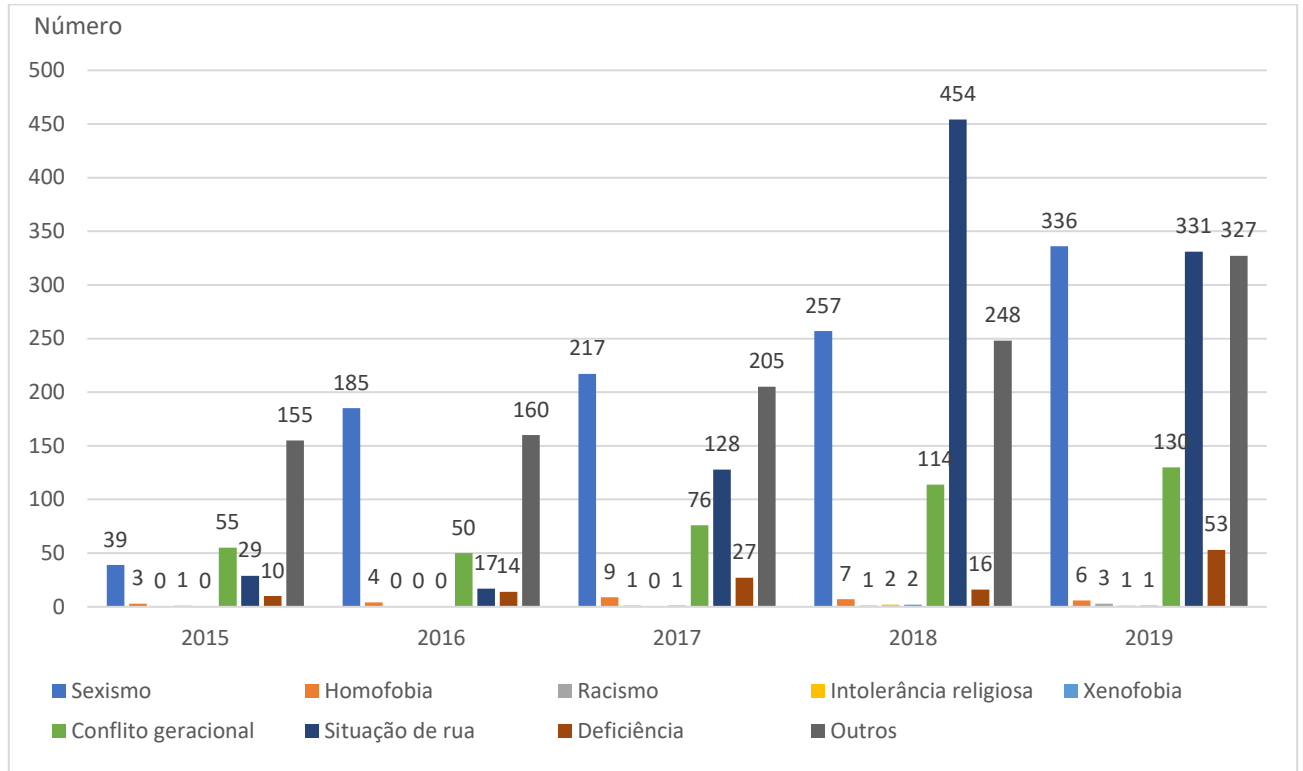
Em relação à ocupação, são válidos apenas 1.404 (14,95%), registros. A partir da análise, foi observado que o maior número de notificações foi referente ao grupo composto e chamado “serviços gerais”, com 437 (31,12%) casos. Contudo, é relevante ressaltar que a ocupação dona de casa apareceu com 275 (19,58%) notificações, seguida por estudante, 245 (17,45%).

Dos 3.940 (41,96%) valores válidos da variável raça/cor da pele, pois 5.451 (58,04%) eram ignorados, pretas e pardas representaram a categoria de maior registro, com 3.508 (89,03%) notificações, seguida por brancas 389 (9,87%), amarelas 22 (0,56%) e indígenas 21 (0,53%).

Considerando os 3.749 (39,92%) registros válidos da variável situação conjugal, uma vez que 5.642 (60,07%) eram ignorados, predominou a categoria solteira, com 2.088 (55,69%) casos, seguida de casada ou em união estável 1.363 (36,35%), separada 234 (6,24%) e viúva 64 (1,7%).

Das 3.558 (37,89%) notificações válidas, a principal motivação da violência contra a mulher foi atribuída à categoria outros 1.095 (30,77%), que, de acordo com o Dicionário de Variáveis da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências do SINAN, engloba motivações além das disponíveis pelo documento de notificação, seguida por sexismo 983 (27,62%), situação de rua 919 (25,82%), conflito geracional 406 (11,41%), deficiência 114 (3,2%), homofobia/lesbofobia/transfobia 29 (0,81%), racismo com cinco (0,14%) registros, intolerância religiosa com quatro (0,11%) e xenofobia com três (0,084%). É possível observar que a motivação “sexismo” apresentou um aumento de 761,5% no período. Além disso, houve um aumento significativo no número de registros de “situação de rua” de 2017 para 2018 (254,6%), com redução em 2019 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de casos notificados de violência contra a mulher segundo a motivação da violência por ano. Salvador - Bahia. 2015-2019.



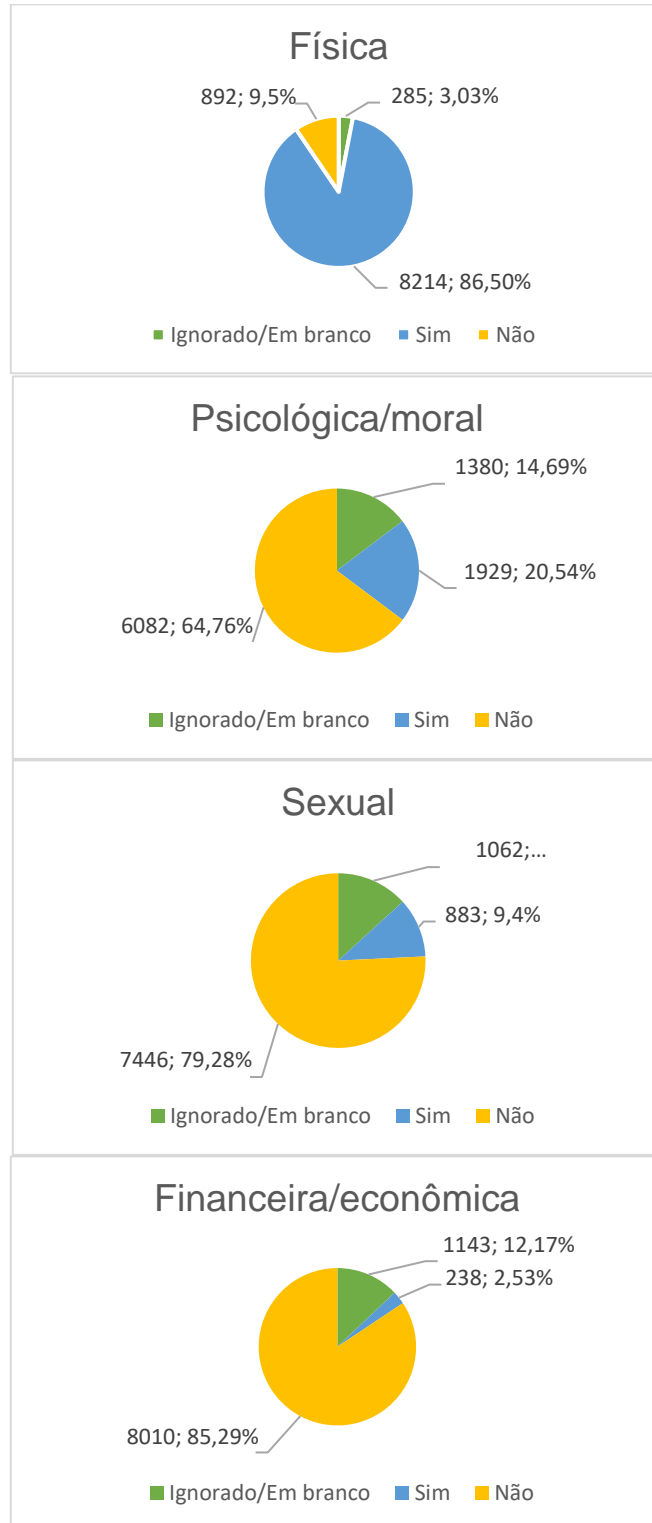
Fonte: SMS/SUIS-SINANET

Sobre a natureza da violência, devemos considerar todos os registros, 11.264, pois uma vítima pode sofrer mais de um tipo de natureza da violência. Porém, os dados são apresentados separadamente, com cada natureza apresentando as opções “sim”, “não” e “ignorado” como possibilidade de registro. Dessa forma, cada categoria de violência foi avaliada separadamente.

Sobre violência física, houve 8.124 (86,50%) respostas afirmativas, psicológica/moral 1.929 (20,54%), violência sexual 883 (9,4%), violência financeira/econômica 238 (2,53%) (Gráfico 4).



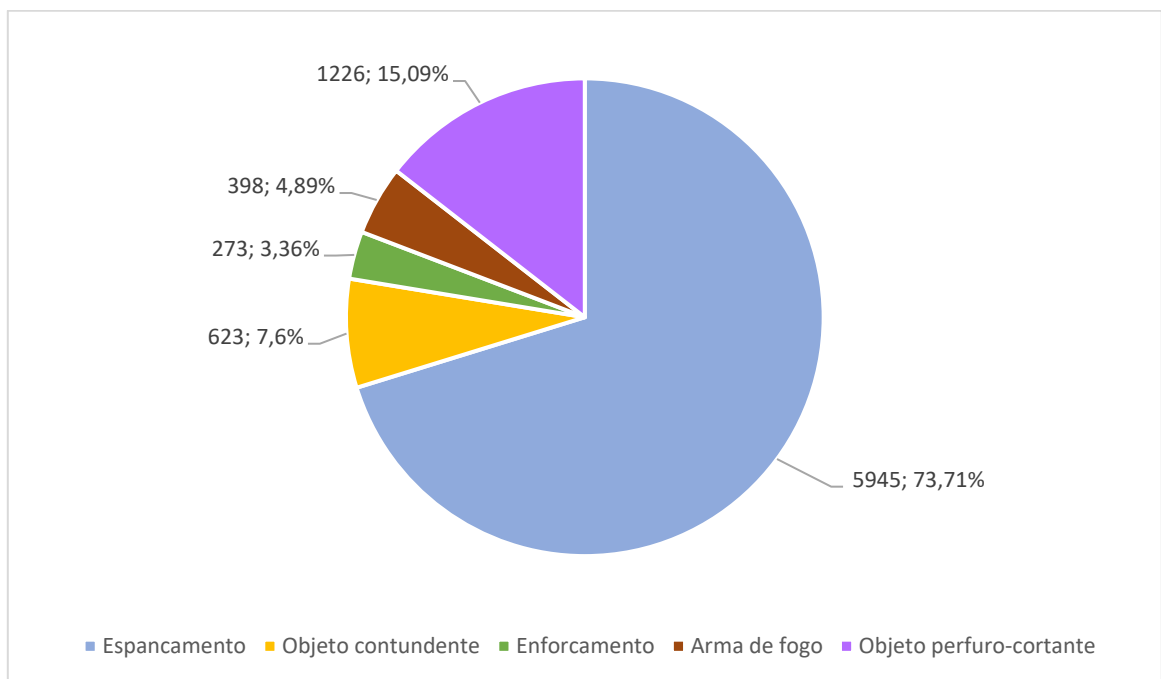
Gráfico 4. Número e percentual de casos notificados contra a mulher segundo a natureza da violência. Salvador – Bahia. 2015-2019.



Fonte: SMS/SUIS-SINANET

Em relação aos meios utilizados na violência, há um total de 8465 registros. Como há 8124 casos de violência física, possivelmente a violência pode ter sido provocada com a utilização de mais de um meio físico agressor. Analisando isoladamente, espancamento apresentou maior frequência, com 5.945 (73,17%), seguido por uso de objeto perfuro-cortante 1.226 (15,09%), objeto contundente 623 (7,6%), arma de fogo 398 (4,89%) e, por fim, enforcamento, com 273 (3,36%) registros. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Número e percentual de casos notificados de violência contra a mulher segundo meio utilizado na violência. Salvador – Bahia. 2015-2019.



Fonte: SMS/SUIS-SINANET

Em relação ao sexo do autor, ao analisar os 5.096 (54,27%) valores válidos, pois 4.295 (45,73%) registros foram ignorados, o sexo masculino foi o mais frequente, com 3.569 (83,09%) casos.

## 6. DISCUSSÃO

A violência contra a mulher consiste em um grave problema de saúde pública uma vez que sofrem com danos físicos e psicológicos, que ocorrem como consequência do ato violento<sup>20</sup>. Nesse sentido, o profissional de saúde, além de ser muitas vezes uma ponte para o acesso da mulher à rede de assistência, também é responsável pela notificação da violência, de forma a contribuir para o registro sociodemográfico e possíveis ações de combate a esse problema<sup>12</sup>.

Segundo os dados dessa pesquisa, houve um aumento progressivo do número de notificações de violência contra a mulher emitidas pelas unidades de saúde de Salvador no período de 2015 a 2019. Esses resultados são comparáveis a um estudo realizado em Goiânia, entre 2008 e 2015, onde houve aumento na proporção de homicídios femininos notificados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do município<sup>25</sup>. Outro estudo, realizado em Rondônia, entre 2007 e 2015 também apresentou um crescimento gradual no número de casos de violência contra a mulher registrados no SINAN<sup>26</sup>. Apesar de períodos diferentes entre esses estudos, os fatores para o incremento podem estar relacionados ao maior acesso das vítimas aos sistemas de saúde, corroborado sobretudo pelo aumento do incentivo ao combate à violência contra a mulher através das mídias, ainda que o discurso midiático geralmente culpabilize a vítima na divulgação das notícias<sup>28</sup>. É menos provável que tal aumento seja motivado por uma maior atenção dos profissionais de saúde no preenchimento das fichas de notificação, uma vez que estudos mostram que esses não são sensibilizados, motivados ou sequer capacitados para registrar e conduzir adequadamente um caso de violência<sup>20</sup>. Além disso, os profissionais envolvidos com a vigilância epidemiológica, responsáveis pelo registro das informações das fichas de notificação no sistema de informações, também não atribuem a devida importância a esse grave problema de saúde pública<sup>27</sup>.

As vítimas em situação de violência residiam principalmente no Distrito Sanitário de Cabula/Beiru, seguido pelo Subúrbio Ferroviário. De acordo com o Plano Municipal de

Saúde de Salvador, em 2015, Cabula/Beiru apresentou uma taxa de incidência de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências (VDSOV) de 87,5 por 100 mil habitantes, enquanto o Subúrbio Ferroviário apresentou taxa de incidência de VDSOV de 101,52 por 100 mil habitantes. Já Cajazeiras, que apresentou menor número de notificações no presente estudo, contou com taxa de incidência de VDSOV de 40,32 por 100 mil habitantes<sup>29</sup>. Diante dos dados apresentados pelo Plano Municipal, é possível observar que os Distritos Sanitários onde há maior número de notificações de violência contra a mulher, no SINAN, são locais com maiores taxas de incidência de VDSO. Nesse sentido, é relevante observar que essa é uma questão documentada pela Prefeitura de Salvador, sendo necessário empenho governamental em prol de análise e discussão sobre os motivos que levam a essa elevada incidência de violência, bem como atuação para que haja a sua redução.

A faixa etária mais frequentemente acometida por violência contra a mulher encontrou-se entre 19 e 39 anos, semelhante ao que ocorreu em estudo realizado em 2011 na cidade de Feira de Santana, localizada a 116km de Salvador, que mostrou que a maioria das mulheres que sofreram violência física ou emocional encontravam-se na faixa etária de 15 a 29 anos<sup>30</sup>. Nesse sentido, os dados reforçam que jovens adultas sofrem mais violência, visto que estão mais expostas aos riscos urbanos, relações conjugais violentas e ataques sexuais<sup>35</sup>.

A grande maioria das mulheres em situação de violência se declararam como pretas ou pardas. Nesse quesito de raça ou cor da pele, é importante reiterar que aproximadamente 80% da população de Salvador é preta ou parda<sup>9</sup>. Logo, é possível que haja um viés de amostragem nos resultados desse estudo. Para superar esse viés, podemos utilizar como referência o Atlas da Violência de 2020, que mostrou que, na Bahia, as taxas de homicídios de mulheres negras por 100 mil habitantes foram, nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, respectivamente: 5,6; 5,9; 6,6 e 6,0. Já as taxas de homicídios de mulheres não negras por 100 mil habitantes, no mesmo período, foram: 2,7; 3,4; 4,5; 3,0. Portanto, a taxa de homicídios de mulheres negras (pretas ou pardas) superou a de mulheres não negras no estado ao longo dos anos investigados por esse

estudo, com exceção do ano de 2019, que não foi incluso no Atlas da Violência. Nesse sentido, é sabido que o racismo se apresenta como um importante fator relacionado à violência contra as mulheres<sup>8</sup>. Contudo, a análise ao determinante social “raça/cor da pele” não deve ser desprovida de contestação ao sexismo e à opressão econômica, visto que é notório que mulheres negras têm menos acesso a escolaridade, informação e qualificação profissional<sup>23</sup>. Desse modo, o racismo deve ser observado associado aos elementos de classe e gênero, que contribuem para a manutenção da posição da mulher negra como vítima de múltiplas violências, que vão desde a individual até a institucional – atrelada à omissão por parte das instituições econômicas e políticas dominantes na formulação de estratégias de empoderamento feminino, sobretudo negro -<sup>32</sup>.

Ainda na perspectiva de investigação do marcador social de classe, o presente estudo mostra que, em relação à ocupação, a maioria das mulheres aparece como relacionada a “serviços gerais”, seguido por dona de casa e estudante. Nesse sentido, há uma relação entre atividades não especializadas e maior número de notificações, o que pode ser explicado pelo fato de que a violência, sobretudo doméstica, acontece mais em situações de desestruturação familiar e problemas financeiros, decorrentes da baixa remuneração salarial proveniente dessas ocupações<sup>33</sup>. Além disso, não há o estabelecimento de um projeto de vida que transforme a perspectiva dessas mulheres cujas realidades estão sujeitas a uma interrelação desfavorável de diversos determinantes sociais.

Ademais, a escolaridade da maioria das mulheres em situação de violência foi pertencente ao ensino médio, o que confirma a associação entre maior índice de violência e menor especialização educacional. Essa afirmação encontra respaldo no estudo realizado no Espírito Santo, em 2017, que observou que violência psicológica foi 45% mais frequente em mulheres com baixa escolaridade, bem como houve maior prevalência de violência física nessa situação<sup>24</sup>.

No presente estudo, a maioria das mulheres apresentou-se como solteira, o que demonstra discordância de diversas pesquisas que mostram que o principal agressor é

um parceiro íntimo, com quem a vítima é casada<sup>2</sup>. No entanto, na categoria “solteira” podem estar inclusas mulheres que vivem em uniões não oficiais, que inclusive tendem a ser mais complicadas e instáveis<sup>31</sup>. Essa questão do predomínio de mulheres solteiras em situação de violência encontra respaldo na pesquisa realizada em um serviço de urgência e emergência de Salvador, em 2003, onde houve maior número de mulheres casadas graças à inclusão de casamentos informais, o que não ocorre na maioria dos estudos<sup>31</sup>. Além disso, é plausível supor que o maior número de notificações atribuído à categoria de solteiras pode estar relacionado com o receio que acompanha as mulheres casadas em situação de violência, uma vez que vivem laços desencorajadores com seus agressores, como dependência financeira, medo de prejudicarem os filhos e despersonalização, por exemplo, contribuindo para a perpetuação do ciclo da violência doméstica e subnotificação.

Os resultados do presente estudo mostram que a violência física é a predominante, sendo o espancamento o principal meio utilizado. Esse achado coincide com um estudo realizado no Distrito Federal entre 2009 e 2012<sup>22</sup>. Contudo, essa informação contrasta com a de um estudo realizado no Espírito Santo, em 2014, que mostrou maior prevalência da violência psicológica. Isso pode estar associado à metodologia do estudo, que, em Vitória, consistiu em entrevistas e questionários com as vítimas<sup>24</sup>. Logo, podemos inferir que, durante o preenchimento das fichas de notificação das unidades de saúde de Salvador, houve maior destaque para a violência física, que, além de ser mais visível, é a que gera mais comumente busca a uma unidade hospitalar. Ademais, é importante reiterar que a violência psicológica é muitas vezes pouco compreendida e subestimada pelos profissionais que lidam com essa situação, além de que a própria mulher não tem o devido esclarecimento acerca das diversas violências, o que dificulta a identificação e relato do que sofre<sup>3</sup>. Nesse sentido, é imperativo o compromisso do governo, dos profissionais de saúde e dos demais atores sociais na educação para a saúde da mulher nesse aspecto informativo.

Quanto à motivação da violência, a principal foi “outros”, seguida por sexismo e situação de rua. Em relação ao sexismo, é sabido que consiste no preconceito praticado contra indivíduos do sexo feminino, sendo resquício da cultura patriarcal.

Nesse sentido, a conduta sexista produz diferenças entre os gêneros e legitima a dominação masculina, determinando, assim, a prática da violência contra a mulher<sup>34</sup>. Já a situação de rua consiste em uma posição de grande vulnerabilidade social, uma vez que o indivíduo se encontra completamente exposto à violência urbana, o que, somado ao recorte de gênero feminino, contribui para o grande número de casos de violência contra a mulher. Um estudo realizado em São Paulo, em 2015, agrupou relatos de mulheres em situação de rua que relacionam os atos violentos a três situações: praticados por pessoas intolerantes com os moradores das ruas ou entre as próprias pessoas que se encontravam nas ruas e, por fim, uma violência higienista cometida por policiais ou donos de comércios que consideravam a presença dos indivíduos em certos locais indesejada. Ademais, é sabido que a violência sofrida pela população em situação de rua é subnotificada, sobretudo devido ao menor acesso que têm aos serviços sociais e de saúde, podendo a busca acontecer quando há violência física e/ou sexual e traumas psicológicos expressivamente significantes<sup>36</sup>.

O autor da violência é, na maioria dos casos, do sexo masculino, o que revela a manutenção da dominância deste sexo, nascida do patriarcado, que se apresenta através de uma relação de poder em que o homem é visto como superior, logo, uma relação machista<sup>24</sup>. Essa visão encontra-se enraizada, de forma que, ainda que modificações legais tenham ocorrido, enquanto a formação cultural da sociedade for afetada pelo machismo – manifestado na religião, nas leis, nos mitos, na mídia e nas relações familiares - relações patriarcais reforçadoras de violência continuarão existindo<sup>37</sup>. Nesse contexto, é preciso incentivar a emancipação feminina através do acesso ao conhecimento sobre História das Mulheres tanto para mulheres quanto para homens, com o objetivo de promover reconhecimento e fim do sistema patriarcal<sup>37</sup>.

O estudo mostrou que a maioria das mulheres em situação de violência apresentou-se como preta ou parda, com ensino médio e ocupação pertencente ao grupo “serviços gerais”, seguido por donas de casa e estudantes. Esses resultados conversam com o conceito de interseccionalidade, pensado por feministas negras que não tiveram suas reivindicações atendidas tanto pelo feminismo branco quanto pelo movimento

antirracista, que defende que “é da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade”. Nesse sentido, é defendido que essa mulher experimenta opressões simultâneas – de raça, classe e sexo -, o que a torna mais vulnerável a sofrer violência, sem haver, contudo, hierarquização de opressões. Assim, diante da vulnerabilidade a qual a mulher soteropolitana em situação de violência está submetida, é preciso haver distinção analítica à questão interseccional no combate ao problema<sup>23</sup>.

As limitações desse trabalho se devem ao fato de utilizar dados secundários, que estão sujeitos a vieses de informação, uma vez que a fonte de dados não é homogênea. Além disso, ocorre subnotificação da violência uma vez que muitas mulheres não buscam os serviços de saúde ou, ao buscarem, não relatam sobre o ato violento sofrido. É importante salientar que os profissionais de saúde que realizam o atendimento, quando identificam a violência, geralmente fornecem informações incompletas ou mal caracterizadas às fichas de notificações, resultando em grande número de registros “ignorados”, sobretudo em campos de variáveis importantíssimas como ocupação, raça/cor da pele e escolaridade, por exemplo, o que dificulta a interpretação dos dados e o aperfeiçoamento de políticas públicas transversais.



## 7. CONCLUSÃO

Com os resultados desse estudo, conclui-se que a violência contra a mulher em Salvador é um problema social e de saúde pública, que vem aumentando nos últimos anos e atinge principalmente mulheres jovens, negras, de baixa escolaridade e que ocupam cargos pouco remunerados. A principal forma de violência é física, seguida pela psicológica, sendo motivada, na maioria das vezes, por sexismo e situação de rua. Contudo, é importante atentar para a subnotificação da violência praticada por um parceiro íntimo, de grande relevância no tema.

É necessário que haja empenho conjunto entre governo e sociedade no combate a essa questão diante da dimensão que a violência contra a mulher ocupa em Salvador. Considerando que a vulnerabilidade social acompanha os maiores índices de violência, é imprescindível haver garantia de educação de qualidade, oportunidades de trabalho e salários justos para as mulheres. Além disso, as políticas públicas relacionadas ao combate a esse problema devem ser efetivamente seguidas, aliadas ao fortalecimento de ferramentas de proteção à mulher em situação de violência.

Em relação ao papel específico dos serviços de saúde no combate ao problema, é preciso que os profissionais de saúde sejam capacitados, desde a formação acadêmica, quanto à abordagem dessa questão, especialmente acerca do preenchimento correto das fichas de notificação e estejam atentos para identificar as diversas formas de violência existentes. Além disso, a vigilância epidemiológica deve atribuir maior importância à correta sistematização dos dados, visto que o sistema de informação consiste em uma importante ferramenta de combate à violência contra a mulher.

Ademais, é importante reiterar que esse grave problema de saúde pública não se limita ao território brasileiro, muito menos à cidade de Salvador, sendo o machismo uma ideologia propulsora da violência contra mulheres em caráter global, há milhares de anos. Nesse sentido, é imperativo haver reflexão por parte da sociedade como um todo sobre a importância da emancipação feminina e fim da cultura patriarcal que impõe à

mulher uma posição de inferioridade. Não obstante, levando em consideração o caráter interseccional, o racismo, associado ao marcador social raça/cor da pele, desempenha um papel potencializador da violência contra a mulher, conjuntamente com os determinantes de classe e gênero, devendo ser combatido.

Nesse sentido, é urgente a necessidade de integração entre os diversos setores da sociedade envolvidos com essa questão, uma vez que um quadro mais favorável desse seríssimo problema de saúde pública apenas será alcançado mediante a transversalidade das diversas políticas envolvidas e a conscientização social sobre a necessidade de pôr fim à Violência contra a Mulher.

## REFERÊNCIAS

1. UN general assembly. Declaration on the Elimination of Violence Against Women [Internet]. 20 de dezembro de 1993. 115–22. [Acesso em 02 mai 2020]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/eliminationvaw.pdf>.
2. Dayana K, Lucena T De, Souza L De, Deininger C, Cleiton A, Monteiro C, et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. Rev. J Hum Growth Dev. [Internet]. 2016 [Acesso em 06 mai 2020]. 26(2):139–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>.
3. Bandeira LM. Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. Rev Soc e Estado. [Internet]. 2014 [Acesso em 06 mai 2020]. 29(2):449–69. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>.
4. Netto, L de A; Moura, MAV; Queiroz, ABA; Leite, FMC; Silva, GF. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. [Internet]. Rio de Janeiro, 2017. 21(1):1–8. [Acesso em 06 mai 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100207&script=sci\\_arttext&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100207&script=sci_arttext&lng=en).
5. Leite, FMC; Luis, MA; Amorim, MHC; Maciel, ELN; Gigante, DP. Violence against women and its association with the intimate partner's profile: A study with primary care users. [Internet]. São Paulo, 2019. 22 [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000100455&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100455&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. [Internet]. Brasília, DF, 2011. 1–82. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).
7. Marques, O; Maria, L. A Eficácia Social Da Lei Maria Da Penha Em Seus Três Anos. [Internet]. São Paulo, 2010. 1–9. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278437202\\_ARQUIVO\\_ArtigoFazendoGenero9.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278437202_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero9.pdf).
8. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e Invisível: A Vitimização De Mulheres No Brasil. [Internet]. Brasil, 2019. 1–50. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>.
9. IBGE. Panorama Salvador. [Internet]. 2020 [Acesso em 03 jun 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
10. G1 BAHIA. Com 980 ocorrências em janeiro, Salvador tem média de um caso de agressão a mulheres a cada 45 minutos. [Internet]. 2019 [Acesso em 03 jun 2020].

Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2019/02/05/com-980-ocorrencias-em-janeiro-salvador-tem-media-de-um-caso-de-agressao-a-mulheres-a-cada-45-minutos.ghtml>

11. Maria, S; Leal, C. Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial. [Internet]. Brasília, 2020. 73(4):1–8. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000400156&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400156&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

12. Bandeira, L; Almeida, T. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília, 2008. 183–212. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12966](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12966).

13. Almeida, SS de. Violência de Gênero e Políticas Públicas. [Internet]. Rio de Janeiro, 2007. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/QU\\_ESTOES\\_DE\\_GENERO\\_ETNIA\\_E\\_GERACAO/VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO\\_E\\_POLITICAS\\_PUBLICAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/QU_ESTOES_DE_GENERO_ETNIA_E_GERACAO/VIOLENCIA_DE_GENERO_E_POLITICAS_PUBLICAS.pdf)

14. WHO. Global and regional estimates of violence against women. [Internet]. 2013. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.

15. Pan American Health Organization, World Health Organization. Intimate partner violence against women in the Americas data and action. [Internet]. 2018. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=intimate-partner-violence-against-women-in-the-americas-2018&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=intimate-partner-violence-against-women-in-the-americas-2018&Itemid=270&lang=en).

16. Brasil. Lei Federal nº 11340, de 7 de agosto de 2006. Institui a lei intitulada Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. [Internet]. Brasília, 2006. [Acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)

17. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília, 2011. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.

18. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência. [Internet]. Brasil, 2020. [Acesso em 02 dez 2020]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.

19. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Segurança Pública em Números. [Internet]. Brasil, 2018. [Acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y6ostoj7>.

20. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. [Internet]. 2011. [Acesso em 03 jun 2020]. Disponível em: [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth).
21. BRASIL. Lei nº 10778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Internet]. Brasília; 2003. [Acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm).
22. Silva, L.; Oliveira, M.L. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. [Internet]. Brasília, 2016. 25(2):331-342. [Acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200331&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200331&script=sci_abstract&tlng=pt).
23. Akotirene, C. Interseccionalidade (Feminismos Plurais). São Paulo: Editora Pólen; 2019.
24. Leite, F.M.C.; Amorim, M.H.C.; Wehrmeister, F.C.; Gigante, D.P. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. [Internet]. Vitória, 2017. [Acesso em 23 fev 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100223](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223).
25. David, L.M.V.; Minamisava, R.; Vitorino, P.V.O.; Rocha, M.J.P.; Carneiro, V.S.M.; Vieira, M.A.S. Perfil dos óbitos femininos por homicídios no município de Goiânia. [Internet]. Goiânia, 2020. [Acesso em 23 fev 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001600159&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001600159&script=sci_arttext&tlng=pt).
26. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2000. [Internet]. [acesso em 23 fev 2021]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
27. d'Oliveira, A.F.; Pereira, S.; Bacchus, L.J.; Feder, G.; Schraiber, L. B.; Aguiar, J.M.; Bonin, R.G.; Graglia, C.G.V.; Colombini, M. Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic. [Internet]. São Paulo, 2020. [Acesso em 24 fev 2021]. Disponível em: [https://www.ijhpm.com/article\\_3980.html](https://www.ijhpm.com/article_3980.html).
28. Silva L L. Mídia online e violência doméstica contra a mulher: O discurso como instrumento de poder estruturante da sociedade patriarcal. [trabalho de conclusão de curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Belo Horizonte; 2016.
29. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Volume II – Distritos Sanitários. [Internet]. Brasil, 2021. [Acesso em 25 fev 2021]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp->

content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-II\_aprovado-pelo-CMS-21.11.18.pdf

30. Rocha, S.V.; Almeida, M.M.G.; Araújo, T.M. Violência contra a mulher entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. [Internet]. Feira de Santana, 2011. 33(3):164-8. [Acesso em 25 fev 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892011000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892011000300006&script=sci_abstract&tlng=pt).
31. Silva, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. [Internet]. Salvador, 2003. 19(Sup. 2):S263-S272. [Acesso em 03 mar 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800008&script=sci_abstract&tlng=pt).
32. Davis, A. Mulheres, cultura e política. Brasil: Editora Boitempo; 2016.
33. Marinheiro A. Violência Doméstica: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-05102006-101403/pt-br.php>>.
34. Ferreira, M. C. Sexismo hostil e benevolente: inter-relações e diferenças de gênero. [Internet]. Ribeirão Preto, 2004. 119-126. [Acesso em 03 mar 2021]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2004000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000200004).
35. OMS. Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências. [Internet]. 2015. [Acesso em 03 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181008/9789241509251-por.pdf;jsessionid=806DD07F085DE647B9E3E12445136031?sequence=5>.
36. Rosa, A.S.; Bretas, A.C.P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. [Internet]. Botucatu, 2015. 19(53):275-85. [Acesso em 03 mar 2021]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200275&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200275&script=sci_abstract&tlng=pt).
37. Gerda, L. A criação do patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens. Brasil: Editora Cultrix; 2019.