

# Violência contra a Mulher e Comportamento Suicida

## *Violence against Women and Suicidal Behavior*

Nikole Gabrielle Oliveira Simões Santos<sup>1</sup>; Bruna Maria Pereira Senra<sup>1</sup>; Rafael Ramos da Rocha<sup>1</sup>; Paloma Nunez Campos<sup>1</sup>; Camila de Paula Lorenzotti<sup>1</sup>; Carlos Eduardo Leal Vidal<sup>1\*</sup>.

1. Faculdade de Medicina de Barbacena.

\*Autor para correspondência:  
Rua Professor Vasconcelos, nº 467, Chácaras das Andorinhas, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

CEP: 36205-238. Telefone: (32) 33317267.

E-mail: celv@uol.com.br.  
Estudo realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena – MG.

### RESUMO

Introdução: Violência contra a mulher é qualquer ato de violência ao gênero com potencial de causar dano, podendo resultar em maior ideação e tentativas de suicídio das mulheres vítimas. Objetivo: Estimar os coeficientes de violência contra a mulher em diferentes regiões do estado e verificar sua correlação com o comportamento suicida. Materiais e métodos: Estudo ecológico que analisou registros de agressão física, psicomoral e sexual à mulher pelo parceiro, a partir dos 10 anos de idade, no período de 2012 a 2018. Os dados foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Portal de Vigilância em Saúde de Minas Gerais. Resultado: Foram verificadas mais de 212 mil notificações de violência, na maioria das quais os agressores eram homens, parceiros íntimos e residiam com as vítimas. Como exceção as agressões sexuais, que ocorriam fora do lar e por desconhecidos. Verificou-se, também, correlação positiva entre a violência e as lesões autoprovocadas a nível estadual ( $r=0,827$ ;  $p=0,01$ ) e na maioria das macrorregiões. Conclusão: Os dados apresentados indicaram coeficientes expressivos de violência doméstica no estado, e sua ocorrência deve ser considerada como provável fator associado ao comportamento suicida, fazendo-se imprescindível a investigação dessas duas condições nos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Doméstica. Tentativa de Suicídio. Suicídio.

### ABSTRACT

Introduction: Violence against women is any act of violence to gender with the potential to cause harm. It may increase ideation and suicide attempts by women victims. Objective: To estimate the coefficients of violence against women in different regions of the state of Minas Gerais and verify its correlation with suicidal behavior. Methods: Ecological study that analyzed records of physical, psychomoral and sexual aggression against women by their partners, from 10 years of age, between 2012 and 2018. The data were obtained from Informatics Department of the Unified Health System and the Health Surveillance of Minas Gerais. Result: It was verified more than 212 thousands reports of violence and most of the aggressors were men, intimate partners who lived with the victims. Sexual assaults were an exception, which occurred outside the home and by strangers. There was also a positive correlation between violence and self-harm at a state level ( $r = 0.827$ ;  $p = 0.01$ ) and in most macro-regions. Conclusion: The data presented indicated expressive coefficients of domestic violence in the state and its occurrence should be considered as a probable factor associated with suicidal behavior, making essential the investigation of these two conditions in health services.

**KEYWORDS:** Domestic Violence. Suicide, Attempted. Suicide.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo a ameaça de praticar tais atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo em ambiente público ou privado.<sup>1</sup> É um fenômeno complexo, universal e constitui um grave problema de saúde pública, atingindo mulheres em todas as partes do mundo e em todos os períodos de seu ciclo vital.

Estima-se que uma a cada três mulheres ao longo da vida sofra violência física e/ou sexual, praticada por parceiro íntimo ou por terceiros,<sup>2</sup> com prevalência variando entre 15 e 71%.<sup>3</sup> No Brasil, estima-se que cerca de 30%<sup>4</sup> das mulheres sofram algum tipo de violência anualmente. Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública indicaram a ocorrência de 263 mil casos de violência doméstica em 2018, o que representou um registro a cada dois minutos.<sup>5</sup>

Minas Gerais (MG) encontra-se entre os cinco estados brasileiros com maior número de ocorrências de violência para cada 100 mil mulheres e, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN-MS), em 2017 teve o maior coeficiente de violência física entre todos os estados brasileiros (234 casos por 100.000), seguido pelos estados do Mato Grosso do Sul e Roraima.<sup>6</sup>

A violência contra a mulher é um problema que independe da classe social da vítima e seus principais agressores são os parceiros íntimos, com a maioria dos casos acontecendo no ambiente doméstico.<sup>5,7</sup> A violência no lar tende a uma evolução progressiva, cujo início é marcado pela violência psicológica/emocional, avança para violência física e culmina na violência sexual.<sup>7</sup> Diversos fatores são associados à ocorrência desses atos violentos, destacando-se, entre outros, os antecedentes familiares de agressões, o uso de bebidas alcoólicas pelo parceiro, a cultura patriarcal e machista, além de problemas de ordem socioeconômica.<sup>8</sup>

A violência produz danos à saúde da mulher, tanto física quanto mentalmente, incluindo problemas ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis, disfunção sexual, transtornos alimentares, depressão, insônia, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático,<sup>9</sup> desenvolvimento de dependência alcoólica e de substâncias psicoativas,<sup>10</sup> além de maior risco de morte prematura, tanto por agressão quanto por suicídio.<sup>11</sup>

Especificamente em relação ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos,<sup>12</sup> mulheres vítimas de violência apresentam mais ideação e tentativas de suicídio do que aquelas que nunca experimentaram episódios violentos perpetrados pelos parceiros.<sup>3</sup> Estima-se que para cada cinco vítimas de violência doméstica, uma tente o suicídio,<sup>13</sup> e o risco de morte por autoextermínio aumente de 5 a 30 vezes em mulheres que já foram vítimas de seus parceiros.<sup>14</sup>

Além dos problemas de saúde ao longo da vida, a violência exerce forte impacto sobre o sistema de saúde, serviço social, sistema judiciário e sobre a estrutura econômica das

comunidades.<sup>15</sup> Nesse último aspecto, um em cada cinco dias de falta ao trabalho no mundo decorre da violência doméstica, o que implica em altos custos relacionados ao absentismo.<sup>16</sup>

A violência contra a mulher tende a aumentar durante crises humanitárias, como conflitos, desastres naturais e epidemias de doenças infectocontagiosas. Em relação a esse último aspecto, cabe destacar o aumento do número de comportamentos violentos durante o período de isolamento social devido à pandemia de COVID-19.<sup>17</sup>

Considerando o exposto, principalmente em relação aos elevados indicadores de violência observados em Minas Gerais, o presente estudo objetiva, primeiramente, estimar os coeficientes de violência contra a mulher em diferentes regiões do estado. Objetiva, ainda, verificar sua correlação com o comportamento suicida nas referidas regiões.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional ecológico, no qual foram verificados os coeficientes de violência contra a mulher nas macrorregiões de saúde de MG e a relação entre violência e comportamento suicida, incluindo sob essa denominação as mortes por suicídio e as lesões autoprovocadas, independente da intencionalidade. As unidades de análise foram o estado de Minas Gerais como um todo e as suas 13 macrorregiões de saúde,<sup>18</sup> cuja população estimada variou de 20.446.840 em 2012 a 21.235.870 pessoas em 2018,<sup>19</sup> distribuídas em 853 municípios. Essas macrorregiões possuem características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e condições socioeconômicas. Assim, as regiões Norte, Noroeste, Nordeste e Jequitinhonha concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas, agrupam pequena população em grande extensão territorial, apresentam as maiores carências e os mais baixos indicadores de desenvolvimento. Ao contrário, as regiões ao sul, ao centro e o triângulo mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico. Essas desigualdades regionais têm reflexos semelhantes na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e ao sul do estado.<sup>18</sup>

A população estudada foi a de mulheres vítimas de agressão masculina, englobando todas as faixas etárias a partir dos 10 anos de idade. Foram verificados apenas os casos de violência física (caracterizados pela intenção de provocar lesão ou morte à vítima), psicomoral (que envolvem xingamentos, ameaças e atitudes coercitivas) e sexual (estupro e assédio) contra mulheres em cada uma das macrorregiões. Casos de violência doméstica foram considerados como aqueles perpetrados por homens com quem as mulheres possuíam algum vínculo afetivo, dentre eles namorado, ex-namorado, cônjuge e ex-cônjuge. As variáveis de desfecho estudadas foram as taxas ajustadas de mortalidade por suicídio e as taxas de tentativas de suicídio/lesões autoprovocadas em mulheres para cada região e período estudados, padronizadas pelo método direto, adotando-se como padrão a população

brasileira.

Os dados relativos à mortalidade por suicídio, às lesões autoprovocadas e às notificações de violência contra mulheres foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS - SINAN e SIM) e do Portal de Vigilância em Saúde de Minas Gerais. O cálculo da população feminina acima de 10 anos de idade no período selecionado foi realizado com base nos dados obtidos do DATASUS e por meio das estimativas e projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A coleta dos dados foi encerrada em dezembro de 2019, considerando as ocorrências compreendidas no período de 2012 a 2018.

Para os casos de suicídio foram incluídas aquelas mortes codificadas entre X60 e X84, acrescidas, proporcionalmente, a partir do percentual de óbitos por causas mal definidas (Y10 a Y34 da CID 10), no sentido de reduzir o impacto da subestimação das mortes, conforme relatado em outros estudos.<sup>20,21</sup> Para o cálculo das taxas de mortalidade por suicídio e para os coeficientes relacionados às lesões autoprovocadas e às violências, utilizou-se o número de casos notificados anualmente por local de residência em cada macrorregião, dividido pelo número de mulheres na faixa etária considerada (acima de 10 anos de idade). Os coeficientes de incidência e mortalidade foram expressos como número de casos (de violência/lesão autoprovocada) ou óbitos por 100 mil habitantes (sexo feminino acima de 10 anos de idade) por ano.

Para a análise estatística foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias e desvio-padrão para cada variável. A relação entre as variáveis estudadas foi avaliada por meio de testes de correlação e por regressão linear simples. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

### 3. RESULTADOS

No período estudado, foram verificadas mais de 212 mil notificações de violência (física - 65,9%; psicomoral - 27,5%; sexual - 6,6%) contra a mulher em Minas Gerais, considerando-se todos os tipos de agressores. A maioria das agressões foi provocada por homens, ocorreram na residência das vítimas e foram perpetradas por parceiros íntimos, com exceção das agressões sexuais, que tiveram desconhecidos como os principais agressores. O estupro representou cerca de 75% das agressões sexuais, com mais da metade das notificações atingindo mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos. Com relação às características das vítimas, a maioria das mulheres era de cor parda (40,4%), com baixa escolaridade (38,1%) e na faixa etária entre 20-29 anos (27,4%). (Tabela 1)

**Tabela 1** - Distribuição dos casos de violência (física, psicomoral e sexual) de acordo com características da vítima (a) e do agressor (b), Minas Gerais, 2012-2018.

a) Características da vítima		Física	Psicomoral	Sexual	Percentual médio
<b>Raça</b>	Branca	69,1%	25,8%	4,9%	35,8%
	Parda	70,7%	23,3%	5,9%	40,4%
	Preta	67,1%	25,7%	7,1%	11,8%
	Amarelo/índio	1,5%	1,4%	1,4%	1,3%
	IGN/Branco	6,7%	18,3%	6,7%	10,7%
<b>Escolaridade</b>	< 9 anos	67,1%	26,2%	6,7%	38,1%
	9 a 12 anos	71,7%	23,9%	4,3%	24,2%
	> 12 anos	63,4%	30,5%	6,1%	4,6%
	IGN/Branco	73,5%	20,7%	5,8%	33,1%
<b>Faixa etária</b>	10 a 19	59,5%	23,9%	16,6%	22,5%
	20 a 29	69,0%	26,6%	4,4%	27,4%
	30 a 39	68,2%	28,5%	3,2%	24,4%
	40 a 49	68,2%	28,6%	3,3%	13,9%
	50 a 59	66,5%	30,2%	3,3%	6,7%
	> 60	58,9	37,8%	3,2%	5,1%
b) Características do agressor		Física	Psicomoral	Sexual	Percentual médio
<b>Sexo</b>	Masculino	67,6%	71,9%	94,0%	66,7%
		30,8%	21,5%	1,3%	24,2%
	Ambos	0,4%	2,78%	0,9%	2,2%
	IGN/branco	1,13	3,8%	3,7%	6,9%

<b>Vínculo</b>	Cônjuge/ex	38,7%	40,2%	8,56%	28,5%
	Namorado/Ex	9,2%	8,4%	7,6%	8,1%
	Parentes	12,7%	14,5%	13,8%	13,2%
	Amigos	16,3%	13,6%	26,5%	18,4%
	Desconhecidos	9,4%	7,7%	31,9%	19,7%
	Outros/IGN	13,7%	15,6%	11,7%	12,1%
<b>Uso de álcool</b>	Sim	37,5%	37,1%	31,1%	28,5%
<b>Local</b>	Residência	71,1%	73,2%	57,5%	71,3%
	Via Pública	18,6%	16,1%	23,7%	17,6%
	Outros	10,3%	10,7%	18,8%	11,1%

Fonte: Autores

Os maiores coeficientes de violência foram observados nas regiões Leste do Sul, Centro-Sul e Jequitinhonha, havendo diferença entre as macrorregiões de acordo com o tipo de violência. Por exemplo, a macro Centro-Sul exibiu o maior coeficiente de violência física e um dos menores coeficientes de agressão sexual. Especificamente com relação àquelas praticadas por parceiros íntimos, ocorreram 71.637 agressões, correspondendo a 33,7% do total. Esses coeficientes foram mais elevados nas macrorregiões Leste do Sul (284,53), Triângulo do Sul (191,44) e Centro-Sul (182,31) e o menor na macrorregião Centro (56,96). (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição dos casos de violência contra mulheres (> 10 anos) por macrorregião e respectivos coeficientes por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2012-2018.

Macrorregião	Violência Física	Coef.	Violência Psicomorral	Coef.	Violência Sexual	Coef.	Total	Coef. Médio	Coef. Parceiro íntimo
Sul	26.879	312,66	11.236	130,48	1.311	15,28	39.426	463,72	152,74
Centro-Sul	9.379	382,33	3.832	155,87	325	13,26	13.536	552,72	182,31
Centro	28.663	138,45	10.129	48,85	4.813	23,31	43.605	209,79	56,96
Jequitinhonha	2.761	302,64	1.388	150,28	471	51,42	4.620	519,91	143,01
Oeste	9.191	237,03	3.240	83,46	458	11,82	12.889	332,83	102,53
Norte	11.052	223,91	4.760	96,31	1.220	24,74	17.032	345,18	128,81
Noroeste	5.403	256,52	1.342	63,60	355	16,86	7.100	341,28	116,94
Nordeste	5.784	209,84	3.004	108,87	434	15,73	9.222	333,92	146,71
Sudeste	9.817	187,71	4.191	80,02	1.194	22,84	15.202	290,41	103,07
Leste	9.750	206,11	3.645	77,08	946	20,09	14.341	303,85	88,14
Leste Sul	7.798	362,00	5.464	253,89	682	31,60	13.944	655,33	284,53
Triângulo Sul	7.098	302,06	3.465	147,03	903	38,29	11.466	435,96	191,44
Triângulo Norte	6.116	156,46	2.774	70,81	860	22,02	9.750	249,57	75,87
<b>Total</b>	<b>139.693</b>	<b>215,81</b>	<b>58.470</b>	<b>90,24</b>	<b>13.972</b>	<b>21,61</b>	<b>212.133</b>	<b>328,25</b>	<b>136,38</b>

Fonte: Autores

Em todo o estado, os meios de agressão física mais empregados foram o uso de força corporal/espancamento (73,5%), seguido por lesão por objeto perfuro-cortante (9,3%) e enforcamento (6,3%). Espancamento foi proporcionalmente mais elevado nas macrorregiões Leste do Sul e Centro-Sul (em torno de 83%), o uso de objetos cortantes nas macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha (acima de 12%) e enforcamento nas macrorregiões Triângulo do Norte e do Sul (acima de 8%). Quando considerado o uso de arma de fogo, a macrorregião Centro teve o maior percentual (3,2%), quase o dobro do percentual estadual, de 1,7%. Essa distribuição se manteve semelhante quando se considerou apenas a violência física por parceiros íntimos, porém com percentuais bem mais elevados, principalmente no que se refere às lesões por espancamento (89%).

No mesmo período analisado, ocorreram 2448 mortes por suicídio e 40.976 casos de lesões autoprovocadas em mulheres com idade superior a 10 anos. As maiores taxas de óbitos por suicídio foram registradas nas macrorregiões Noroeste, Oeste e Centro-Sul. Em quase todo o estado predominaram os suicídios entre mulheres solteiras, com exceção das macrorregiões Sul e Oeste, onde o suicídio foi mais verificado nas casadas. O local de maior ocorrência foi o domicílio, predominando nas mulheres de cor branca (53,9%), com exceção das regiões Norte, Nordeste, Leste e Jequitinhonha, onde ocorreu maior número de suicídios em mulheres pardas. Quanto ao método utilizado para o suicídio, em todas as regiões predominaram as mortes por enforcamento (53,7%), seguidas por aquelas devido à intoxicação exógena.

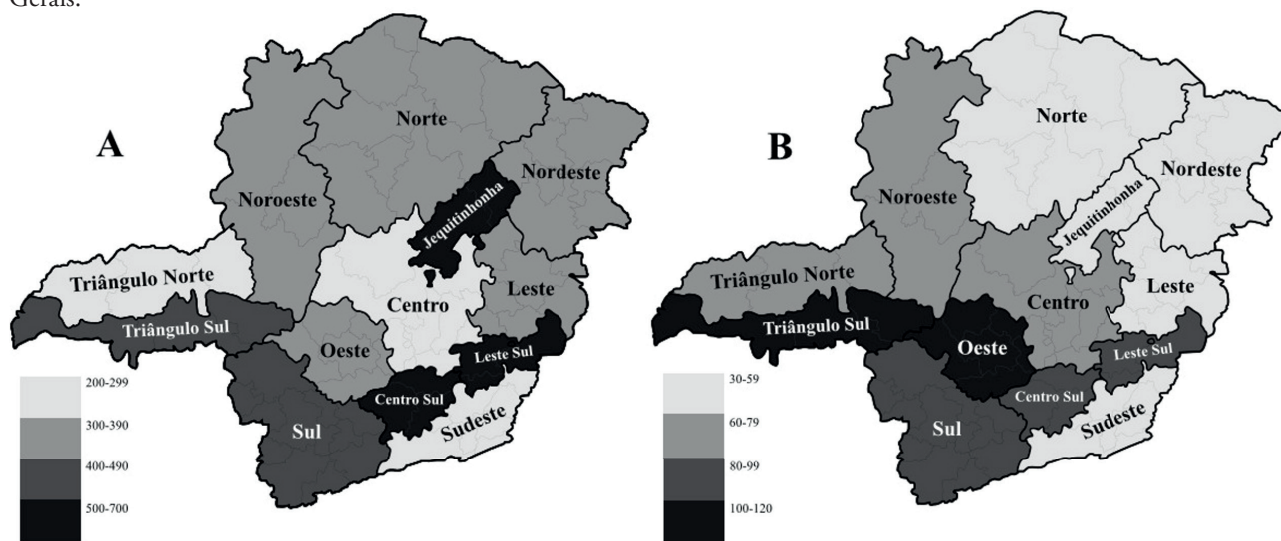
Com relação às lesões autoprovocadas, os maiores coeficientes foram observados nas macrorregiões Triângulo do Sul, Oeste e Centro-Sul. Mais da metade (51%) dos casos de lesões autoprovocadas ocorreram na faixa etária dos 10 aos 29 anos, sendo que o maior coeficiente foi verificado entre os 10 e 19 anos (87,7 casos por 100 mil). (Tabela 3 e Figura 1)

**Tabela 3** - Distribuição dos casos de óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas em mulheres (> 10 anos) por macrorregião e respectivos coeficientes médios por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2012-2018.

	Suicídio e mortes não intencionais	Coeficiente médio	Lesões autoprovocadas	Coeficiente médio	Coeficiente Suicídio+Lesões autoprovocadas
<b>Sul</b>	361	4,19	7046	82,10	86,32
<b>Centro-Sul</b>	103	4,22	2101	85,38	89,59
<b>Centro</b>	721	3,05	12000	58,00	61,50
<b>Jequitinhonha</b>	16	1,87	472	50,60	52,39
<b>Oeste</b>	241	6,23	3775	97,42	103,65
<b>Norte</b>	117	2,37	1493	30,29	32,68
<b>Noroeste</b>	149	7,10	1219	57,97	65,08
<b>Nordeste</b>	63	2,27	996	36,11	38,40
<b>Sudeste</b>	206	3,95	2351	44,90	48,85
<b>Leste</b>	135	2,87	2493	52,66	55,53
<b>Leste Sul</b>	72	3,35	1758	81,98	85,33
<b>Triangulo Sul</b>	106	3,98	2825	106,99	111,03
<b>Triangulo Norte</b>	158	4,02	2447	62,52	66,56
<b>Total</b>	<b>2448</b>	<b>3,77</b>	<b>40976</b>	<b>65,14</b>	<b>68,99</b>

Fonte: Autores

**Figura 01** - Coeficientes de violência (A) e de lesões autoprovocadas/suicídio (B) por 100 mil mulheres, 2012-2018, Minas Gerais.



Fonte: Autores

Verificou-se correlação positiva entre a ocorrência de violência e lesões autoprovocadas na esfera estadual ( $r=0,827$ ;  $p=0,011$ ) e para quase todas macrorregiões pesquisadas, com exceção das regiões Leste do Sul e Triângulo do Sul. Para o suicídio, a correlação foi observada apenas para as macrorregiões Oeste, Sudeste e Leste. Quando considerados de forma conjunta, ou seja, coeficientes de mortalidade por suicídio e de lesões autoprovocadas, apenas na macrorregião Triângulo do Sul não foi observada correlação significativa. (Tabela 4)

**Tabela 4** – Coeficientes de correlação (r) entre violência contra a mulher por parceiro íntimo, suicídio e lesões autoprovocadas (LAP) de acordo com macrorregiões, Minas Gerais, 2012-2018.



	Suicídio(r)	Valor p	LAP (r)	Valor p	Suicídio+LAP	Valor p
<b>Sul</b>	0,581	0,086	0,809	0,014*	0,873	0,005*
<b>Centro-Sul</b>	0,467	0,145	0,984	0,001*	0,975	0,001*
<b>Centro</b>	0,492	0,131	0,791	0,017*	0,890	0,004*
<b>Jequitinhonha</b>	0,187	0,416	0,879	0,005*	0,844	0,008*
<b>Oeste</b>	0,146	0,003*	0,951	0,005*	0,958	0,001*
<b>Norte</b>	0,186	0,498	0,669	0,050*	0,726	0,032*
<b>Noroeste</b>	0,357	0,216	0,670	0,050*	0,857	0,007*
<b>Nordeste</b>	0,571	0,494	0,916	0,024*	0,929	0,002*
<b>Sudeste</b>	0,768	0,022*	0,841	0,009*	0,913	0,002*
<b>Leste</b>	0,807	0,014*	0,973	0,001*	0,968	0,001*
<b>Leste Sul</b>	0,409	0,268	0,516	0,118	0,609	0,049*
<b>Triângulo Sul</b>	0,134	0,339	0,609	0,073	0,853	0,070
<b>Triângulo Norte</b>	0,244	0,327	0,868	0,006*	0,926	0,003*
<b>Minas Gerais</b>	0,636	0,062	0,897	0,011*	0,883	0,040*

Fonte: Autores

Considerando a distribuição etária, a análise do coeficiente médio estadual evidenciou correlação positiva entre casos de violência e tentativas de suicídio para as faixas etárias 10 a 19 anos ( $r=0,889$ ;  $p=0,04$ ) e acima de 60 anos ( $r=0,930$ ;  $p=0,01$ ). A análise por macrorregião não mostrou essa correlação.

O modelo de regressão linear evidenciou tendência temporal crescente das taxas de violência, suicídio e lesões autoprovocadas em mulheres, considerando-se os coeficientes médios do estado de Minas Gerais. Para a maioria das regiões avaliadas, também se evidenciou tendência crescente das taxas de violência, com exceção das macrorregiões Leste do Sul e Triângulo do Sul. Tendência igualmente crescente foi constatada para as ocorrências de lesões autoprovocadas em todas as macrorregiões. Quanto aos coeficientes de mortalidade por suicídio, observou-se tendência crescente, mas sem significância estatística.

E, por fim, a verificação da mortalidade proporcional por causas externas evidenciou diferenças quanto ao perfil das mortes de mulheres nas macrorregiões Centro-Sul, Oeste e Sul, onde as mortes femininas por suicídio foram superiores às mortes por agressão.

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou número expressivo de ocorrências de violência contra a mulher no estado de Minas Gerais e coeficientes bem elevados em determinadas macrorregiões analisadas. Os maiores coeficientes foram observados em algumas das regiões com melhores condições econômicas, com exceção do Jequitinhonha, o qual, além de elevado coeficiente de violência, apresentou o maior índice de violência sexual. Por outro lado, os menores coeficientes estavam igualmente presentes em macrorregiões mais desenvolvidas, como Centro, Sudeste e Triângulo do Norte. As regiões situadas mais ao norte do estado apresentaram coeficientes intermediários.

Considerando-se as diferenças regionais, cabe ressaltar que os registros de violência contra as mulheres podem apresentar discrepâncias dependendo do local de ocorrência. Minas Gerais apresenta grande disparidade interna quanto à distribuição de sua população. A maioria dos municípios é de pequeno porte e tem população inferior a 10.000 habitantes, cerca de 40% têm população entre 10.000 e 100.000 habitantes e apenas 4% possuem população superior a 100.000 habitantes.<sup>22</sup> As macrorregiões são subdivididas em microrregiões e constituídas por conjunto de municípios circunvizinhos, que se inter-relacionam para questões de promoção e assistência à saúde do SUS, coordenadas por cidades-polo que exercem força de atração sobre os demais.<sup>18</sup> Mesmo dentro das microrregiões existe grande desigualdade de acesso a determinados serviços, especialmente os de saúde, decorrentes de fatores culturais e socioeconômicos e distâncias entre as comunidades. Apesar do modelo da ficha do SINAN ser padronizado, deve ser considerada a probabilidade de subnotificação e que o registro das ocorrências não seja uniforme, podendo ocorrer diferentes classificações para o mesmo tipo de violência entre os municípios.

Tendo por base os modelos que associam a violência doméstica com as baixas condições econômicas e educacionais das mulheres, com as comunidades ou culturas que favorecem um menor empoderamento feminino<sup>23</sup> e maiores taxas de violência em localidades rurais,<sup>3</sup> seria esperado maior ocorrência de comportamentos violentos nas regiões menos favorecidas, conforme citado em outras publicações,<sup>3,24</sup> o que não foi observado nesse estudo. A literatura aponta que, nos níveis comunitário e social, alguns fatores como menor proporção de mulheres com alto nível de escolaridade e autonomia e maior proporção de analfabetismo feminino estão associados a níveis mais elevados de violência pelo parceiro íntimo.<sup>3</sup> Apesar dos parâmetros

educacionais não terem sido analisados nesse estudo, as macrorregiões Norte, Nordeste e Jequitinhonha apresentam os menores índices de escolaridade<sup>25</sup> do estado de MG.

Em quase todo o estado houve maior número de ocorrências em mulheres com escolaridade baixa, com exceção das macrorregiões Centro e Centro-Sul, onde o número de ocorrências foi discretamente superior para mulheres com escolaridade maior que nove anos de estudo. A relação entre o nível de escolaridade individual e a violência praticada pelo parceiro íntimo é complexa, mas a literatura aponta o baixo nível de escolaridade como o fator mais consistente relacionado com a perpetração e a experiência da violência praticada pelo parceiro íntimo e a da violência sexual. Essa relação, contudo, não é linear e parece ser mediada por outros fatores, sendo o inverso também observado, ou seja, mulheres com um alto nível de instrução podem apresentar algum risco de sofrer violência sexual praticada pelo parceiro íntimo.<sup>23</sup> Alguns estudos apontam que a violência contra a mulher inserida no mercado de trabalho pode ser bem superior em relação àquelas que não são economicamente ativas.<sup>10</sup>

Alguns homens podem usar da violência para retomar o seu lugar de poder em um relacionamento onde o nível de instrução das mulheres é mais elevado.<sup>3</sup> Porém, de forma geral, homens e mulheres com baixos níveis de escolaridade têm, respectivamente, maior risco de perpetrar violência contra sua parceira e de sofrer violência pelo parceiro.<sup>3</sup> Mulheres com ensino fundamental ou analfabetas são duas vezes mais propensas a sofrer violência sexual praticada por um não parceiro, em comparação com mulheres que possuem o nível de ensino médio ou superior.<sup>3</sup> Assim como ocorre em áreas rurais e em regiões menos favorecidas, essas condições socioeconômicas e educacionais são igualmente frequentes nas periferias de cidades maiores, onde se observam desigualdades nos campos socioeconômico, habitacional, educacional e no acesso aos serviços públicos.<sup>24</sup>

Com relação à variável raça/cor, houve predomínio de notificações envolvendo mulheres pardas, o que está de acordo com alguns estudos brasileiros.<sup>7</sup> Em algumas macrorregiões (Sul, Oeste, Sudeste, Triângulo do Norte e do Sul) foram registradas mais ocorrências em mulheres de cor branca, o mesmo observado no Rio Grande do Sul<sup>26</sup> e em estudo realizado em Minas Gerais em 2012.<sup>8</sup> É provável que essas diferenças verificadas com relação à cor da pele e a ocorrência de violência possam estar relacionadas a fatores socioeconômicos e demográficos, devendo ser interpretadas contextualmente.<sup>27</sup>

Assim como observado em outras publicações, os casos de violência foram mais frequentes em mulheres com idade entre 20 e 29 anos,<sup>8,15,28</sup> com exceção dos casos de violência sexual que predominaram na faixa etária dos 10 aos 19 anos. Ainda de acordo com a literatura,<sup>3,28</sup> os casos de violência ocorreram predominantemente nas casas das vítimas e o principal meio utilizado na perpetração da violência foi o uso de força física. No presente estudo não foram considerados os casos de superposição de violência, como o

registro simultâneo de dois ou mais tipos de violência, o que certamente levaria a maior número de ocorrências abordadas.

A associação do uso de bebidas alcoólicas pelo parceiro e a violência contra a mulher tem sido descrita em vários estudos,<sup>3,23,29</sup> provavelmente mediada por outros fatores, como características de personalidade do parceiro, histórico de violência familiar e de alcoolismo, fatores de ordem socioeconômica e ambientais. O álcool leva a alterações do humor, prejudica a capacidade de julgamento, causa desinibição, aumento da impulsividade e diminuição do controle motor, o que poderia originar ou estimular comportamentos violentos. As relações são múltiplas e variadas, mas o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador de situações de violência,<sup>29</sup> aumentando em quase cinco vezes o risco de violência praticada pelo parceiro íntimo, em comparação com o uso leve ou não uso de álcool.<sup>3</sup>

A tendência de crescimento dos coeficientes de violência em Minas Gerais foi igualmente observada em outros estudos. Apesar de diferenças metodológicas, dados do Sistema Integrado de Defesa Social de MG<sup>30</sup> apontam para o aumento das taxas de registros de violência contra a mulher entre 2013 e 2018, com exceção das Regiões Integradas de Segurança Pública das cidades de Uberaba, Uberlândia e Unai, que correspondem, respectivamente, às macrorregiões Triângulos do Sul e do Norte e Nordeste.

Essa tendência crescente dos coeficientes de violência pode estar relacionada à maior procura por serviços de saúde ou delegacias de polícia ao longo dos anos, resultando em maior número de notificações ou a um aumento real dos casos de violência. No entanto, levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública<sup>5</sup> revelou que 52% das mulheres que sofreram violência física se recusaram a fazer denúncia contra o agressor. Entre as que procuraram ajuda (22%), cerca de um terço escolheu pessoa próxima ou parente ao invés de órgão de saúde ou de segurança. Esses dados revelam que ainda é grande o receio das mulheres em denunciar as agressões sofridas.

Esse estudo, com delineamento ecológico, mostrou a existência de correlação positiva entre a ocorrência de violência e comportamento suicida no estado de Minas Gerais para quase a totalidade das feitas com o objetivo de fornecer dados numéricos sobre o assunto, mas esses achados estão em concordância com pesquisas internacionais sobre o tema.<sup>12,14</sup>

Mulheres que sofreram violência sexual apresentam aumento de 12 a 20 vezes em tentativas de suicídio. Crianças que foram abusadas sexualmente podem aumentar o risco de comportamento suicida futuro<sup>31</sup> em até 150%. A violência sofrida tanto por adultos quanto por crianças é potencial fator associado ao comportamento suicida, mediado parcialmente pelas consequências à saúde mental, mas também como fator independente.<sup>31</sup> A exposição precoce à violência pode predispor ao surgimento de sintomas depressivos e afetar a capacidade de enfrentar situações estressantes e, portanto, estar relacionada ao comportamento suicida.<sup>32</sup>

Em estudo desenvolvido em nove países, incluindo o Brasil, os fatores de risco mais consistentes para tentativas de suicídio foram, entre outros, a violência por parceiro íntimo, violência física por não parceiro, abuso sexual na infância e ser filho de mãe que sofreu violência por parceiro íntimo.<sup>32</sup> Revisões sistemáticas sobre o tema concluíram que existe associação entre violência por parceiro íntimo e suicídio, apesar de alguns artigos não terem evidenciado tal relação, o que requer a realização de mais pesquisas sobre o tema.<sup>13,31</sup>

Ao contrário do verificado na maioria das macrorregiões e em âmbito estadual e nacional (com exceção dos estados do Piauí e Santa Catarina), onde as mortes femininas por agressões superam as mortes por suicídio, essa relação mostrou-se invertida nas macrorregiões Centro-Sul, Oeste e Sul no período estudado. Especificamente na microrregião de Barbacena, componente da macrorregião Centro-Sul, esses dados já haviam sido observados e descritos em trabalho anterior.<sup>33</sup>

A correlação observada neste estudo indica a necessidade de eleger a violência de gênero como prioridade nas estratégias de redução do comportamento suicida. Mulheres atendidas em serviços de saúde devido à violência grave permanecem vivendo em situação de vulnerabilidade, com risco de sofrer novas agressões e de repetir a tentativa de suicídio.<sup>14,32</sup>

Durante crises sanitárias, como a pandemia por COVID-19 em 2020, conflitos sociais são potencializados e essa vulnerabilidade das mulheres intensifica-se com o isolamento social. Nesse contexto, houve aumento mundial dos casos de violência doméstica. Na China, o primeiro epicentro da doença, o número de registros policiais acerca dessas ocorrências triplicou durante a pandemia.<sup>34</sup> No Brasil, houve aumento de 431% das denúncias online desses crimes entre fevereiro e abril de 2020, além do aumento de 22% dos feminicídios no país.<sup>35</sup>

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. Em primeiro lugar, é necessário frisar que nem toda violência autoprovocada caracteriza um comportamento suicida, apesar de representar uma maneira de se livrar de alguma dor, sofrimento ou tentativa de resolver uma dificuldade interpessoal. Na maioria dos casos, indivíduos que se engajam em atos autolesivos sem intenção suicida não procuram atendimento médico,<sup>36</sup> mas esses atos têm forte relação com tentativas de suicídio.<sup>37</sup> Na notificação dos casos de violências autoprovocadas, o campo para preenchimento da intencionalidade suicida é aberto, e não há padronização da forma de preenchimento, o que pode prejudicar a qualidade desses registros.<sup>20</sup> A correta notificação dos casos de violência representa um desafio no âmbito da saúde pública, exigindo compromisso dos profissionais da saúde, dos gestores, dos docentes e de todos aqueles que lidam diretamente com esses agravos.<sup>28</sup>

Como já observado em outro estudo,<sup>28</sup> é importante salientar que os dados utilizados não refletem integralmente a violência nas macrorregiões, pois são dependentes do atendimento das vítimas em serviços de saúde. Assim, não foram incluídos aqui os prováveis casos de violência, em

todas as suas formas, que foram notificados somente por meio de boletins de ocorrência policial, os que ficaram restritos ao ambiente de trabalho do agressor e da vítima, gerando apenas procedimentos administrativos e aqueles que, pela baixa gravidade da violência, não chegaram a ser notificados. Acrescentando, apesar da ficha padronizada, os dados são provenientes de diferentes serviços, o que pode comprometer a qualidade das informações.<sup>38</sup>

Ainda com relação a esse aspecto, regiões com número menor de casos registrados mostram maior variabilidade nas taxas estimadas. E a proximidade geográfica faz com que regiões vizinhas mostrem tendência a exibir coeficientes mais similares do que regiões distantes, fenômeno denominado autocorrelação espacial e que ocorre porque os fatores de risco não mensurados tendem a se aglomerar no espaço.<sup>38,39</sup> Há que se considerar que muitos determinantes distais são comuns aos comportamentos violentos e suicidas, e os dados necessários para controle adequado desses possíveis confundidores não estavam disponíveis, o que é comum em estudos ecológicos.<sup>39</sup>

## 5. CONCLUSÃO

A experiência da violência interpessoal, além de ser uma situação de desrespeito aos direitos humanos básicos, afeta de maneira decisiva a vida dessas mulheres no tocante à saúde física, mental e também em questões de ordem socioeconômica.

Os dados apresentados indicam que a violência contra a mulher pode ser considerada como importante fator associado ao comportamento suicida e, nesse sentido, torna-se relevante a investigação dessas duas condições em serviços de saúde. Toda mulher que foi vítima de violência deveria ser indagada quanto à presença de sintomas psiquiátricos, especialmente depressão e ideação suicida, o que pode possibilitar intervenções preventivas e terapêuticas precoces.

Do mesmo modo, mulheres atendidas por lesões autoprovocadas/tentativa de autoextermínio deveriam ser inquiridas sobre histórico de violência doméstica e orientadas para serviços de referência, seja na área da saúde ou policial, visando apoio à vítima e prevenção de novas ocorrências.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(11): 3523-532. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>
2. OPAS/OMS Brasil. Folha Informativa – Violência contra as mulheres. 2017. [acesso em 10 maio 2020]. Disponível em [https://www.paho.org/br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/br/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820)



3. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005.
4. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil. 2ª Edição, 2019. [acesso em 30 abr. 2020] Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/>
5. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Estatísticas. [acesso em 28 mar. 2020]. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/estatistica-2/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. [acesso em 30 mar. 2020]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
7. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(2): 351-358.
8. Andrade JO, Castro SS, Heitor SFD, Andrade WP, Atihe CC. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. *Texto contexto - enferm.* 2016; 25(3):e2880015.
9. Souza CM, Vizzotto MM, Gomes MB. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psic., Saúde & Doenças* 2018; 19(2):222-33.
10. Cerqueira D, Moura R, Pasinato W. Participação no Mercado de Trabalho e Violência Doméstica contra as Mulheres no Brasil. [acesso em 22 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=comcontent&view=article&id=34971>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
12. Kavak F, Aktyurk Ü, Özdemir A, Gultekin A. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018, 32(4): 574-79.
13. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2012. 32:677–89.
14. Trygged S, Hedlund E, Kareholt I. Living in Danger: Previous violence, socioeconomic position, and mortality risk among women over a 10-year period. *Soc Work Public Health* 2014; 29(2):114-20.
15. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015. [acesso em 30 mar. 2020]. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
16. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*, 2005. 39(1):108-13.
17. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ* 2020; 369: m1712. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1712>. [acesso em 24 maio 2020]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1712>.
18. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>
20. Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. 2019; 50(24).
21. Souza MFM. Comunicação pessoal. 2019 Nov 11.
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. Disponível em [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf)
23. Miranda MPM, de Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):300–8.
24. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(6):944-53.
25. Santos GR, Pales RC. Desenvolvimento regional e desigualdades sociais entre as macrorregiões de planejamento de Minas Gerais. 2012. [acesso em 22 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/36-encontro-anual-da-anpocs/gt-2/gt05-2>.
26. Mapa da violência de gênero: Rio Grande do Sul. [acesso em 23 fev. 2020]. Disponível em: <https://mapadaviolenciadegenero.com.br/rs/>
27. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. 2012; 22(3): 895-918.
28. Piovezan LNC, Diniz LO, Calmeto MN, Fontella RB, Ferreira RSB, Vidal CEL. Análise das fichas de notificação de violência emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena. *Rev Med Minas Gerais*

- 2018;28 (Supl 5): e-S280502.
29. Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005;27(3):176-77. [acesso em 15 mar. 2020]  
Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000300004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300004&lng=en).
  30. Governo do Estado de Minas Gerais. Sistema Integrado de Defesa Social. Centro Integrado de Informações de Defesa Social. Diagnóstico da violência doméstica e familiar contra a mulher em Minas Gerais. 2013-2015. Belo Horizonte. 2019.
  31. MacIsaac MB, Bugeja LC, Jelinek GA. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Aust NZ J Public Health.* 2017; 41:61-9; doi: 10.1111/1753-6405.12594
  32. Devries KW, Watts C, Yoshihama C, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med.* 2011;73(1):79-86.
  33. Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LMR, Silva RA, Lasmar SC. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. *Cad Saúde Coletiva.* 2014;22(2):158-64.
  34. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S *et al.* Pandemics and Violence Against Women and Children. Center for Global Development; 2020. [acesso em 20 maio 2020]. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemicsand-violence-against-women-and-girls.pdf>
  35. Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. Violência Doméstica Durante a Pandemia de COVID-19. Nota Técnica. São Paulo, 2020. < <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>>
  36. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – 5ª ed. (DSM-5): Porto Alegre, Artmed; 2014.
  37. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016; 12:307-30
  38. Medronho RA. Estudos Ecológicos. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editores. *Epidemiologia.* 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 265-74.
  39. Morgenstern H. Estudos ecológicos. In: Rothman KN, Greenland S, Lash TL. *Epidemiologia Moderna.* 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2011 p.599-21.