

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

ÉRIKA DE PAULA FERREIRA

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA  
MULHERES ATENDIDAS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
ARAGUAÍNA-TO**

Goiânia  
2016

Érika de Paula Ferreira

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA  
MULHERES ATENDIDAS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
ARAGUAÍNA-TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção de título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão.

Goiânia  
2016



## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Érika de Paula Ferreira

### **CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ATENDIDAS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre a Saúde.

Aprovada em 12 de agosto de 2016.

#### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maríá Eliene Liégio Matão  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helyni Carneiro Cunha Neves  
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Aparecida da Silva Vieira  
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

## Dedicatória

*Dedico este estudo a minha mãe Zulmira Ferreira, por ser minha companheira primordial e a todos os meus alunos que, apesar da minha ausência, tornaram-se um grande incentivo para esta caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus, por estar sempre iluminando o meu caminho, guiando-me e protegendo-me a cada nova etapa da minha vida profissional.*

*A todos os familiares e, em especial, a minha mãe Zulmira Ferreira e irmãos, por todos os esforços realizados para que eu pudesse concretizar esse sonho, bem como por estarem sempre com seus conselhos pertinentes e orientando meus passos em direção a uma vida melhor de crescimento pessoal e profissional.*

*Ao meu esposo e companheiro, Adimir Reis dos Santos que, apesar da distância e contra tempos, durante esses dois anos, apoiou-me para a realização deste estudo.*

*À professora Dr.<sup>a</sup> Maria Eliene Liégio Matão, orientadora, companheira e amiga que possibilitou a troca de conhecimentos para a concretização desta dissertação, tornando-se, assim, uma pessoa significativa neste mestrado.*

*Aos professores membros da banca, da qualificação e da defesa, pelo tempo despendido em contribuir com este trabalho, apontando o que poderia ser feito para seu melhoramento.*

*A todos os meus colegas de serviço que, mesmo assoberbados de trabalho, não se furtaram em me auxiliar quando solicitados. Entretanto, quero agradecer em especial, Márcia Rogéria Pereira Leite da Silva que, esteve ainda mais presente nesses dois anos de minha trajetória.*

*A todos os colegas do curso de mestrado em Atenção à Saúde, pelo companheirismo, tendo a certeza que concluindo mais uma etapa árdua de crescimento profissional, ele nos trará um diferencial no mercado de trabalho.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, enfatizando o Secretário Municipal de Saúde Jean Luís Coutinho, ao Superintendente de Vigilância em Saúde, Eduardo de Freitas Santos, ao Núcleo de Estudos Personalizados (NEP), à enfermeira e coordenadora da Vigilância Epidemiológica, (VE) Hedisônia de Jesus Brilhante Costa e toda sua equipe, pela autorização e acesso ao campo da pesquisa científica, onde me receberam e acolheram de forma extraordinária, com todo seu profissionalismo.*

*E a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para o término deste trabalho. Certamente os conhecimentos adquiridos neste Curso de Mestrado, farão parte do meu dia a dia profissional.*

## RESUMO

FERREIRA, E.P. **Caracterização dos casos notificados de violência contra mulheres atendidas os serviços de saúde do município de Araguaína-To. 2016.** 77p. Dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

A violência contra a mulher não representa um fato novo e nem incomum, faz parte da vida de muitas famílias e considerado como um problema de saúde pública. A pesquisa é norteada com a seguinte questão: qual o perfil da violência notificada em mulheres no município de Araguaína? Diante do contexto, o objetivo deste trabalho é Caracterizar os casos de violência contra a mulher, notificados pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) em Araguaína, Tocantins, Brasil. no ano de 2014. Refere se a um estudo transversal descritivo Os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica (VE), mediante a autorização da Secretaria de Saúde do Município. Neste estudo, foram tabuladas 225 fichas de notificação. Utilizou-se o pacote *Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20, em plataforma Windows. A pesquisa apresentou que a maioria das vítimas de violência correspondeu a mulheres jovens, baixa escolaridade, de cor não branca, solteiras, encaminhadas após a agressão para o serviço ambulatorial e hospitalar. Sobre o perfil dos agressores, estes foram em sua grande maioria os cônjuges/namorados/ex-companheiros. A maioria das vítimas sofreu a violência nas suas residências, através da agressão física, por meio de espancamento e seus agressores faziam uso de bebidas alcoólicas no momento que praticavam o ato violento. Os resultados da pesquisa mostram a importância da caracterização dos casos notificados de violência contra a mulher, pois permitirá a busca de novas práticas na área da saúde de maneira mais individualizada cada caso. b E que esses dados facilitarão ações na política de saúde e no contínuo esforço em manter a rede sempre interligada, sempre na garantia dos direitos dessas mulheres violentadas.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Violência contra a mulher. Violência doméstica. Violência de gênero.

## ABSTRACT

FERREIRA, S.E. **Epidemiological profile of violence against women seen in the reporting units of health services in Araguaína-To, 2014.** 2016. 77p. Master's Thesis - Catholic University of Goiás, Goiânia.

Violence against women is not a new or unusual fact, is part of life for many families and regarded as a public health problem. The research is guided by the following question: what is the profile of violence reported in women in the city of Araguaína? On the context, the objective of this study is to characterize the cases of violence against women, reported by the System Information and Notifiable Diseases (SINAN) in Araguaína, Tocantins, Brazil. in the year 2014. It refers to a descriptive cross-sectional study Data were collected in the Epidemiological Surveillance (VE), with the permission of the City Health Department. In this study, 225 were tabulated reporting forms. We used the Statistical Package Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20 on Windows platform. The survey showed that most victims of violence was found in young women, low education, not white, single, sent after the assault to the outpatient and inpatient service. Profile of the attackers, they were mostly spouses / boyfriends / ex-partners. Most of the victims suffered violence in their homes, through physical aggression, by beating and his attackers were using alcohol at the time practiced violent act. The survey results show the importance of characterization of reported cases of violence against women, as it will allow the search for new practices in health more individualized each case. b and that these data will facilitate actions in health policy and the ongoing effort to maintain always interconnected system, always guaranteeing the rights of those abused women.

**Keywords:** Primary health care. Violence against women. Domestic violence. Gender violence.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Tipos de violência mais frequente sofrida pelas mulheres, no município de Araguaína (TO) em 2014.

52

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das mulheres vítimas de violência no município de Araguaína, Tocantins, Brasil, 2014.	51
Tabela 2- Características da violência, no município de Araguaína (TO) em 2014.	52
Tabela 3 - Características quanto aos autores da violência, no município de Araguaína (TO) em 2014.	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BO	Boletim de Ocorrência
CEJIL	Centro pela Justiça pelo Direito Internacional
CRFB	Constituição da República Federativa Brasileira
CLADEM	Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
Deams	Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
JECRIM	Juizado Especial Criminal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OEA	Organização dos Estados Americanos
SINAN	Sistema de Informação e Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i> (Pacote Estatístico para Ciências Sociais)
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
TC	Termo de Circunstanciados
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Violência</b>	<b>18</b>
3.1.1 Violência doméstica no Brasil contemporâneo	18
3.1.2 Classificação da violência	21
3.1.3 Violência x gênero	24
<b>3.2 Evolução histórica e legislativa da política de atenção à mulher</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Marco legal</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Violência doméstica: um questão de saúde pública</b>	<b>42</b>
<b>3.5 A percepção do profissional de saúde quanto à violência contra mulher</b>	<b>43</b>
<b>3.6 Rede de atendimento x atendimento das vítimas</b>	<b>45</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>48</b>
4.1 Desenho e período do Estudo	48
4.2 Local e população do estudo	48
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	49
4.4 Coleta de dados	49
4.5 Definição das variáveis	49
4.6 Análise dos dados	49
4.7 Aspectos éticos	50
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>51</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>59</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO B – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE DADOS</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A - LEGENDA DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência tem se mostrado presente desde o começo da história da humanidade. Neste processo, a sociedade estabelece relações de poder no sentido de exercer a dominação de uns sobre os outros, gerando assim, conflitos muitas vezes expressos por diversas formas de violência. A violência está presente na vida das pessoas, independentemente, de vários fatores, como: biológicos, sociais, econômicos e políticos. Em geral, os valores e as condições socioculturais existentes no contexto local contribuem fortemente para o surgimento da violência na sociedade, além de ser muito debatido na mídia, pois é relevante por ocasionar danos psicológicos, físicos e outros não somente à vítima, mas também, à família e à sociedade (BRASIL, 2010).

Durante as duas últimas décadas, a violência contra a mulher representou uma das formas mais preocupantes de violência contra a mulher, dadas as estatísticas alarmantes em todo o mundo, a violência envolvendo o assassinato de mulheres por parceiros, violência física e ou sexual, assédio, violência psicológica, bem como o abuso emocional, que é difícil de denunciar, com consequências importantes em termos de sofrimento feminino que acaba perdendo seu livre arbítrio (GARCÍA-JIMÉNEZ, *et al.* 2014).

Diante dos problemas da sociedade, o drama da violência faz cada vez mais parte do cotidiano das cidades, do país e do mundo. Muitas vezes, é percebido como um episódio banalizado pelas pessoas do meio social, como algo comum e naturalmente faz parte da vida. A violência é um fenômeno antigo, entretanto silenciado ao longo da história, o qual somente passou a ser estudado no Brasil, na década de 1980. O resultado das várias manifestações de violência se estende em todas as esferas do cotidiano de uma pessoa, como no trânsito, no trabalho, nas relações familiares, interpessoais e no convívio doméstico. Dentre as vítimas da violência, encontram-se as mulheres agredidas por seus parceiros, fato que, na maioria das vezes, ocorre dentro de seus próprios lares (FERRAZ *et al.* 2009).

A violência contra as mulheres em todas as suas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.) é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual. Faz-se necessário, portanto, que o Estado

brasileiro adote políticas públicas, acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais a violência se expressa (BRASIL, 2011, p. 11).

Atualmente, a violência é tratada como um problema de saúde e é objeto de estudo por conta do impacto e consequências carregados pelos que sofrem a agressão, bem como nos investimentos aplicados pelos governantes em todo o mundo, na tentativa de reduzir esses índices (FERRAZ *et al.* 2009). Ainda presente e com alta ocorrência, o problema traduz em diversas repercussões para a saúde das mulheres e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida (FONSECA *et al.* 2009).

É fato que as mulheres têm lutado para modificarem este rótulo de inferioridade, conseguindo notável ascensão na sociedade, ao passo que se equiparam aos homens profissionalmente ou, muitas vezes, até se sobressaem a eles quanto a isso. Porém, no que se referem às agressões que sofrem de seus maridos, namorados, amantes. Enfim, daqueles que possuem uma relação íntima de afeto com elas, toda coragem e bravura que detêm desaparecem, dando lugar à repressão, ao medo e à vergonha de serem agredidas fisicamente e fazer com que as pessoas saibam que elas são agredidas.

Segundo a OMS (2016), o estudo sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra as mulheres em diferentes continentes, apontou que mulheres entre 15-49 anos: entre 15 % das mulheres no Japão e, 70% das mulheres na Etiópia relataram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo em sua vida; entre 0,3 -11,5 % das mulheres relataram violência sexual por alguém que não seja um parceiro desde a idade de 15 anos; a primeira experiência sexual para muitas mulheres foi relatada como forçada- 17% das mulheres na Tanzânia rural, 24% no Peru rural, e 30% na área rural de Bangladesh relataram que sua primeira experiência sexual foi forçada.

Também o relatório lançado pela Anistia Internacional (2010), onde os casos registrados de violência doméstica, de estupro e de abuso sexual, bem como de assassinato e de mutilação de corpos de mulheres depois do estupro, aumentou no México, na Guatemala, em El Salvador, em Honduras, na Nicarágua e no Haiti. Embora a violência sexual prevaleça em todo o mundo, as estatísticas apontam que em Hong Kong e na Mongólia este tipo de crime é quase zero (OSIS, DUARTE, FAGUNDES, 2012). Esse relatório também publicou que há inadequação da prestação de serviços de proteção a essas vítimas de violência doméstica, em

muitas partes da Europa e da Ásia Central, em 2009 e no Tadjiquistão, esses serviços praticamente não existem. E, por ser culturalmente precoce o casamento, sem registros e altas taxas de evasão das escolas, as mulheres e meninas desses países ficam mais vulneráveis à violência doméstica. Outros casos de vulnerabilidade ocorrem na Espanha, onde as mulheres imigrantes continuaram a enfrentar barreiras para obter justiça e poder contar com serviços especializados. Além da privação do acesso a direitos econômicos e sociais das mulheres sobreviventes da violência sexual, como nos crimes de guerra na Bósnia-Herzegovina (OSIS, DUARTE, FAGUNDES, 2012).

Diante desses dados alarmantes a pesquisa surge, a partir do interesse da pesquisadora, enquanto enfermeira do Centro e Unidades de Saúde e atuante na Coordenadoria de programas e projetos de saúde pública, voltados à saúde da mulher na Secretaria de Saúde do município de Araguaína. A partir da reflexão institucional da violência contra a mulher, surgiram inúmeras inquietações da pesquisadora frente ao tema, as quais levaram à tentativa de entender as características da violência contra mulheres no município de Araguaína, no ano de 2014, visto como um problema de saúde pública. Assim, estabeleceu-se como problema da pesquisa, a seguinte questão: qual o perfil da violência em mulheres no município de Araguaína?

Como hipótese, tem-se que as mulheres vítimas de violência no município de Araguaína, em sua maioria, são analfabetas, solteiras e têm como ocupação os cuidados do lar e, devido a esses indicadores, nota-se o aumento significativo da violência na cidade.

O estudo aqui apresentado se torna relevante na medida em que se constituem, então, ao longo do tempo, relações de poder nas quais a mulher sempre tem ocupado uma posição inferior em relação ao homem. Podemos observar inclusive na literatura infantil, onde a mulher desempenha um papel secundário, que a designa apenas como dona de casa, enquanto o homem tem seu papel social reconhecido. No imaginário cultural dos povos, a imagem da mulher é construída na dependência e subordinação do homem.

A violência contra a mulher é uma problemática que merece destaque por se tratar de um assunto relevante, visto que atinge um grande número de mulheres de diferentes classes sociais. Essa violência se reproduz com base em questões culturais, as quais tiveram início no período colonial, mas permanecem, ainda hoje,

nas práticas dos indivíduos e das famílias. Configura-se como uma questão social, que merece atenção cada vez maior por parte do Estado e da sociedade civil que, por meio dos movimentos feministas e dos demais movimentos, lutam em prol da defesa dos direitos humanos (RAIMONDO; LABRONICI; LAROCCA, 2013).

Pode-se perceber então, que as condições que contribuíram para definir o lugar da mulher nas sociedades estão relacionadas ao modo como se desenvolveram suas estruturas econômica e social. Sendo assim, pode-se também inferir que a identidade social se apresenta como resultado de um processo histórico-cultural em que os indivíduos estão inseridos, os quais são construídos a partir de elementos históricos, econômicos, religiosos e culturais, que determinarão a forma de enfrentamento das diversas situações por que passa um indivíduo na sociedade.

Neste contexto, em 2006 é sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, órgão da Organização dos Estados americanos (OEA), sediada em Washington, Estados Unidos, tem como principal tarefa analisar as petições apresentadas denunciando violações aos direitos humanos, sendo considerados aqueles relacionados na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem. Então, no ano de 1998, Maria da Penha apresentou denúncia a esta Comissão e, também, ao Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL), que é uma entidade não governamental que tem por objetivo a defesa e promoção dos direitos humanos junto aos Estados-membros da Organização dos Estados Americanos, pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), que se constitui por um grupo de mulheres empenhadas na defesa dos direitos das mulheres da América Latina e Caribe. Após estas denúncias, foi publicado, em 16 de abril de 2001, o Relatório 54/2001, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (BRASIL, 2006).

Pretende-se com este estudo, propiciar reflexões sobre todo e qualquer tipo de violência que afeta a vida das mulheres. Espera-se que as mesmas possam ter efeitos mais significativos, com reflexo em uma ou mais esferas da vida da mulher, desde a sua integridade física e mental, até o exercício da autonomia, enfim, melhorar a qualidade de vida dessas vítimas.

O estudo se mostra relevante visto que ao considerar os problemas sociais e de saúde pública, a violência contra a mulher vem sendo destaque, o que

gera a necessidade de ações de diversos setores como: segurança, jurídico e saúde (ARRUDA DA SILVA *et al.* 2012).

O monitoramento relativo à violência contra a mulher no Brasil corresponde às causas externas de morbidade e mortalidade na área da saúde. E essas violências são consideradas intencionais e compreende agressão, o homicídio, a violência sexual, o negligencia e abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocadas entre outras. Através da vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos ou Autorização de Internação Hospitalar (AIH); fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). É fundamental conhecer as características dos casos notificados pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2014, com a finalidade de direcionar estratégias e medidas no enfrentamento e implementação de políticas de saúde públicas. Proporcionando um atendimento a essas vítimas de violência, mais específicos para cada caso notificado.

Este trabalho tem início com a apresentação dos objetivos da pesquisa. Em seguida, trata da revisão de literatura, que evidencia conceituações sobre a violência e sua classificação, onde se evidencia um recorte histórico sobre a mulher e suas conquistas sociais. Com o intento de provocar uma reflexão sobre o contexto legislativo do país, há também um levantamento sobre as leis e políticas públicas. Segue com o percurso metodológico dos procedimentos e técnicas desenvolvidas para a realização da pesquisa, assim como, a descrição do local e fontes de pesquisa. Após os métodos de pesquisa, têm-se os resultados obtidos no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) em forma de tabelas e gráficos. A discussão dos dados traz toda a contextualização da problemática da pesquisa e confirmação ou não da hipótese. A dissertação encerra-se com as considerações finais e implicações sociais da pesquisa e, também, os limites e sugestões para novos estudos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar os casos de violência contra a mulher, notificados pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) em Araguaína, Tocantins, Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência;
- Descrever o sexo, grau de parentesco e uso de bebidas alcoólicas do agressor;
- Caracterizar a violência quanto ao local de ocorrência e classificação;
- Analisar em quais os setores da rede de atendimento às mulheres vítimas de violência foram encaminhadas.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 Violência

A violência de um modo geral tem complexa definição, já que o comportamento aceitável ou inaceitável de uma pessoa frente um ato que cause dano ao outro está profundamente influenciada por contexto cultural e histórico, além de está sujeita a contínuas mudanças de acordo com as que a sociedade e a cultura assumem novos significados em seus valores e normas (GUEDES *et al.*, 2007). A violência é um fenômeno complexo e multicausal que abrange todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias. A multicausalidade diz respeito ao fato de as ações e episódios envolverem a intenção de prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar e, até mesmo, ferir o outro. Além disso, envolve também, a relação de poder, seja na instância física, econômica, política, social e intelectual. Essas características, particularmente ou sobrepostas, provocam diferentes situações de vulnerabilidade das mulheres frente à violência (VIEIRA *et al.* 2012).

Sabe-se, também, que a violência é o resultado do conjunto de inúmeros fatores que atuam diretamente sobre o comportamento do ser humano, levando, conseqüentemente, ao aumento ou diminuição da probabilidade dessas pessoas, tornarem-se vítimas ou agressoras (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

#### 3.1.1 Violência doméstica no Brasil contemporâneo

Em 1990, a violência ganha destaque no cenário brasileiro, as mulheres passaram a se organizar e lutar contra as injustiças a que eram submetidas, participando efetivamente de movimentos sociais e assumindo importantes papéis em defesa dos direitos de igualdade. A violência doméstica passa a ser reconhecida como uma das manifestações da questão social, desencadeada pela desigualdade social, especialmente, pela desigualdade de gênero, oriunda de uma sociedade patriarcal e machista, que atinge várias mulheres independentemente da cor, raça e etnia (BRASIL, 2012).

Percebe-se que a violência vivenciada pelas mulheres no âmbito de suas casas, por seus maridos ou companheiros, passou despercebida por muitos anos na

sociedade brasileira, devido à família estar ligada ao espaço privado, sobre o qual ninguém tinha o direito de interferir. Assim:

Em 1994, na cidade de Belém do Pará, foi firmada a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará. O princípio da convenção definia que a violência contra a mulher se dava como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que causa morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Anos antes, em 1979, a Convenção sobre Eliminação de toda forma de discriminação contra a Mulher (Cedaw) da ONU, é um dos primeiros marcos de condenação a estas práticas (BRASIL, 2012).

A partir da Conferência Mundial de Direitos Humanos, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena (1999), a violência dos direitos Humanos, ocorrida no espaço privado passou a ser considerada uma forma de violação dos direitos humanos, pois cabe ao Estado garantir segurança, proteção à vida das mulheres. Atribui-se como dever do Estado proteger, ou seja, encontrar medidas para prevenir a violência doméstica; portanto, é responsabilidade do Estado proteger as mulheres, tanto no espaço público, quanto no espaço privado.

A violência doméstica é um problema complexo que requer atenção do Estado e da Sociedade Civil.

A violência contra a mulher é um dos fenômenos sociais mais denunciados e que mais ganharam visibilidade nas últimas décadas em todo o mundo. Devido ao seu caráter devastador sobre a saúde e a cidadania das mulheres, políticas públicas passaram a ser buscadas pelos mais diversos setores da sociedade, particularmente, pelo movimento feminista. Trata-se de um problema complexo, e seu enfrentamento necessita da composição de serviços de natureza diversa, demandando grande esforço de trabalho em rede (TELES; MELLO, 2002, p.8).

Na visão de Lisboa; Pinheiro (2005, p. 2000) "A violência contra a mulher tem sido apontada pela ONU, como uma violação de direitos humanos e como problema de saúde pública". Para Teles e Mello (2002), "a violência doméstica é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, grupos étnicos, posições econômicas e profissionais".

Prosseguem os autores informando que:

a violência é uma das mais graves formas de discriminação em razão de sexo/gênero. Constitui violação dos direitos humanos e das liberdades essenciais, atingindo a cidadania das mulheres, impedindo de tomar decisões de maneira autônoma e livre, de ir e vir, de expressar opiniões e desejos, de

viver em paz em suas comunidades; direitos inalienáveis do ser humano. É uma forma de tortura que embora não seja praticada diretamente por agentes do Estado, é reconhecida como violação dos direitos humanos desde a Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena (Áustria), em 1993. Desta forma, cabe ao Estado garantir segurança pública inclusive da população feminina (TELES; MELLO, 2002, p.21).

É importante ressaltar que existem várias formas de violência doméstica praticada pelos maridos e companheiros, contra as mulheres. A violência doméstica é visto como um problema social que atinge diversas camadas sociais ela é considerada como a Violência doméstica cometida contra as mulheres é considerada como um grave problema social que atinge diversas classes sociais, deixando sequelas comprometendo tanto o físico quanto o emocional de mulheres. A violência doméstica ocorre de maneira gradativa por meio de palavras de baixo-calão, empurrões, humilhação, socos, chutes, ameaças, uso de arma branca e arma de fogo (TELES; MELLO, 2002).

A violência poderá também acarretar impacto na vida política, social e emocional de mulheres. Contudo, vale ressaltar que a prática da violência é crime e fere os princípios da dignidade da pessoa humana, impedindo que a mulher possa exercer o direito à cidadania. A violência, como marca constante nas relações sociais, está presente na perda da qualidade de vida, nos sentimentos e imposições culturais nas relações entre as pessoas. Vale ressaltar que, a pessoa violentada física ou emocionalmente pode manifestar diversos traumas: transtorno de humor, personalidade, transtornos neuróticos, dissociações, sono, problemas de aprendizagem, comunicação, emoções, uso de drogas, álcool (STREY; WERBA; NORA, 2004).

As mulheres fragilizadas pela violência têm baixa autoestima, oriunda de um lar violento, sente medo do companheiro e silenciam dando lugar para que seu lar se torne palco de grandes tragédias. Quanto mais se calam mais prisioneiras se tornam, quanto menos denunciam a violência, mais ela predomina, podendo levar até a morte. São diversos fatores que intimidam a mulher, impedindo-a de denunciar a violência doméstica, seja pelo conformismo cultural, ideia de que a mulher tem que ser submissa ao homem, seja pela vergonha ou pela dependência financeira e afetiva. Para Magalhães (2001), no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a imprensa colocava em evidência a violência contra as mulheres com manchetes chamativas: crimes de paixão, liquidação de mulheres, de doze em doze horas assassina-se uma mulher no Brasil.

### 3.1.2 Classificação da violência

Apesar de a violência ser englobada em um único termo, ela se exibe e pode ser classificada de várias formas, sendo elas: psicológica, física, sexual e moral, porém na maioria dos casos concretos não há, somente, um tipo exclusivo de violência e sim, a conjugação deles (SANTOS *et al.* 2014). Para entender o contexto em que esses tipos de violência serão enquadrados neste estudo, é importante conhecer também, a violência intrafamiliar e doméstica.

A violência intrafamiliar pode ocorrer dentro ou fora de casa, porém ela é praticada somente pelos membros da família, com função parental que mantenham relação de poder para com as vítimas, podendo conviver ou não no mesmo espaço familiar (FERRAZ *et al.* 2009).

A violência doméstica se define como qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause dano físico, moral ou sexual ao indivíduo (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). O local de ocorrência desta violência é em sua maioria o ambiente doméstico, e presente nas relações entre pessoas da família e envolvendo homens, mulheres, pais, mães e filhos, jovens, idosos e portadores de deficiência. A violência doméstica não é, necessariamente, exercida por alguém da família, mas também, por pessoas sem nenhum grau de parentesco, logo, pode ser praticada por empregados, agregados, pessoas que conhecem as vítimas e que frequentam diariamente ou esporadicamente o ambiente domiciliar (FERRAZ *et al.* 2009).

Para as mulheres que são vítimas da violência doméstica, o lar, antes considerado como lugar familiar, tranquilo e seguro, passa a representar um local de risco, haja vista a presença constante do agressor. Nessa perspectiva, cria-se um enfoque diferenciado da vítima, por conta da mulher agredida estar envolvida com o agressor, compartilhando e vivenciando suas relações íntimas, passando a mulher a ser vítima do próprio companheiro, prevalecendo questões históricas e culturais, legitimadas e cultivadas do domínio masculino, nas relações sociais entre os sexos (LEITE *et al.* 2014).

O silêncio é a consequência do aprisionamento das vítimas entre as quatro paredes da relação doméstica. Esta pode ser um dos responsáveis pela gravidade de muitos crimes cometidos contra a mulher, uma vez que ela sabe que a sociedade brasileira se acostumou e aprendeu a reproduzir e cumprir fielmente

frases como: “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher” ou, ainda pior: “Se a mulher apanha é porque gosta”. Nesse sentido, quando a violência é presenciada ou levada ao conhecimento de alguém, muitas vezes ocorre a cumplicidade com o agressor e a omissão perante a mulher (CARNEIRO E FRAGA, 2012, p. 5).

Segundo Bhona, Lourenco e Brum (2011), a consequência da violência doméstica pode atingir outros membros da família, principalmente as crianças e adolescentes, sendo relevante na compreensão do contexto geral da família, que demonstra as consequências que ultrapassam as relações entre agressor e agredido.

A violência praticada contra a mulher, além de atingir a sociedade, é uma afronta aos direitos humanos que, acima de todos os direitos existentes, devem ser resguardados em primeiro lugar. Sabe-se também que tal violência não fica restrita apenas à pessoa agredida, mas a todos aqueles que estão ao seu redor. Se uma criança cresce em um lar onde o pai sempre agride a mãe, vai pensar que tais agressões são normais e, crescerá com essa ideia na cabeça. Portanto, quem vivencia a violência, muitas vezes até antes de nascer e durante toda a infância, só pode achar natural o uso da força física. Também a impotência da vítima, que não consegue ver o agressor punido, gera nos filhos a consciência de que a violência é um fato natural (BHONA, LOURENCO, BRUM, 2011).

A violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal Lei nº 11340/2006; §8º do art. 226 da Constituição da República Federativa do Brasil. Segundo Santos *et al.* (2014), tapas, socos e empurrões foram os atos mais relatados quanto à violência física contra a vítima, além do uso de armas brancas, de fogo e ameaças como forma de opressão. Portanto, esse tipo de agressão se constitui em afronta à integridade ou à saúde corporal.

A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento do indivíduo. E que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou

qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006).

Entende-se violência sexual, segundo a Lei nº 11340/2006 do art. 7º, como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade. Também, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo, ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou, ainda, que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A coerção sexual marca a agressão sexual, termo esse usado para descrever o não consentimento de uma mulher para demandas de seu parceiro de sexo. Porém, muitas mulheres por medo, podem não demonstrar sua rejeição ao sexo, e seu parceiro pode nem sequer saber que o sexo é indesejado. Assim, esse ato violento, muitas vezes, é desconhecido pelo parceiro e pela vítima (BRASIL, 2006).

A violência sexual pode ser detectável em suas vítimas pelos fatores que trazem consequências psicológicas, como depressão, baixa autoestima, ansiedade, e até mesmo tentativas de suicídio. Outras consequências perceptíveis serão as relacionadas à saúde, como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), distúrbios gastrointestinais, ginecológicos ou complicações na gravidez e a disfunção sexual. O abuso de álcool e substâncias ilícitas podem ser consequências da violência sexual pelo parceiro, além de infecções crônicas, incluindo doenças pélvicas inflamatórias. Todas essas consequências podem resultar em hospitalização, deficiência, ou morte (YARI *et al.* 2013).

Segundo Facuri *et al.* (2013), diante da violência sexual é possível dividir essas vítimas em duas subpopulações: a primeira, que envolve o agressor conhecido (frequentemente intrafamiliar), em que há menor taxa de procura por auxílio e, maior número de atos praticados; e a segunda, por mulheres agredidas por estranhos, na qual se observou maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura por auxílio. E por fim, a violência moral é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

### 3.1.3 Violência x gênero

No Brasil, o tema da violência de gênero contra a mulher ganha ênfase no início do movimento feminista. Nesse contexto, a violência doméstica, uma das expressões da violência de gênero, ganha destaque devido à grande incidência de casos ocorridos. Já outras formas de expressão da violência de gênero contra a mulher, apenas recentemente, obtiveram atenção, como é o caso da violência sexual (SOUZA; ADESSE, 2005).

A Violência de gênero tem por elemento as manifestações das relações de poder e é entendida como uma prática em que o poder é exercido por um sexo dominante. Segundo o entendimento de Cisne (2012, p. 50):

a Igreja Católica contribuiu historicamente com a ideologia patriarcal de dominação e controle sobre o gênero feminino ao configurar o modelo de uma boa mulher: as moldadas como moças boazinhas, caridosas e assistencialistas sob o modelo de Maria, mãe de Jesus.

A desvalorização e a subalternização da mulher são resultados de uma construção sócio-histórica derivada de uma sociedade patriarcal. As tarefas domésticas sempre foram destinadas à mulher. À mulher foi reservado o desempenho de atividades voltadas aos cuidados com os filhos, com a casa e com o esposo. A identidade de gênero forma-se a partir do sentimento e convicção que se tem de pertencer a um sexo, sendo, assim, uma construção social feita a partir do biológico. Neste processo, o sexo e os aspectos biológicos ganham significados na sociedade, decorrentes das possibilidades físicas e sociais de homens e mulheres, delimitando suas características e espaços onde podem atuar. Assim, são estabelecidas as desigualdades entre os sexos, sendo fatores determinantes das relações violentas no meio familiar (SILVA; COELHO; NJAINE 2014).

Nesse discurso sobre a desigualdade de gênero, entende-se que a violência contra a mulher é considerada uma assimetria de dominação e força que envolve o poder do parceiro. Essa agressão tem como base o sexo feminino, e se configura como um fenômeno social, o qual reflete diretamente no percurso de vida dessas mulheres, tal como o modo de viver, de adoecer e morrer. O acontecimento da violência de gênero é, portanto, decorrente de diferentes situações ocorridas no cotidiano da relação homem x mulher e que se apresentam distintas, em relação à subjetividade dos indivíduos que protagonizam o ato. No contexto da violência, a

história de vida e os aspectos específicos de cada indivíduo, proporcionam uma dinâmica própria dos abusos, tanto do sexo masculino, como as reações por parte do sexo feminino (CORDEIRO *et al.* 2013).

O fenômeno da violência contra as mulheres tem suas raízes firmadas nas desigualdades de gênero que se perpetuam há anos, traduzidas em relações desiguais de poder e, ainda, que esse poder seja relacional. A realidade tem revelado que ele, muito dificilmente, beneficia as mulheres, ao contrário, é alvo majoritariamente preferencial da violência de gênero, como pode ser nos dias atuais, observadas com grande frequência em meios de comunicação e pesquisas (FONSECA, *et al.* 2009).

Na sociedade contemporânea, as mulheres ainda são tratadas diferentemente dos homens, aceitando atribuições que lhe são impostas. A posição social que foi designada à mulher trouxe sérias consequências, colocando-a em uma posição de inferioridade, impedindo sua participação na política, tirando-lhe o direito de exercer a cidadania (FONSECA, *et al.* 2009).

O desprestígio da mulher ocorre não pelo fato da mulher ser mulher, mas sim por motivos históricos. Existe uma disputa de papéis entre homens e mulheres onde as tarefas femininas ao serem vistas como habilidades, são desprestigiadas pela sociedade machista na qual gera a exploração da força de trabalho feminino. Segundo a análise de Strey, Werba e Nora, “a violência como marca constante nas relações sociais, está presente na perda da qualidade de vida e nos sentimentos e imposições culturais nas relações entre as pessoas” (2004, p. 106).

As teorias sexuais descrevem que as construções culturais e sociais de gênero, estão ligadas à violência em meio doméstico contra a mulher, onde o sexo masculino está associado à agressão e poder, e a mulher associada ao sexo frágil e subordinado. O gênero tem uma grande combinação com o poder material, onde o poder masculino tem atribuições de mais poder econômico, político e social e a fragilidade feminina está ligada às dependências: financeira e amorosa, aumentando, assim, o risco da violência. As teorias psicopatológicas relacionam os atos violentos com problemas interpessoais e disfuncionais, configurando, em muitas vezes, com certas doenças psiquiátricas que podem explicar as variações comportamentais entre indivíduos. Já as teorias de sistemas da família explicam que a violência entre casais ocorre por problemas na comunicação, no relacionamento e habilidade de resolver problemas inter-relação pessoal (ALI *et al.* 2011).

Segundo Fonseca *et al.* (2009), normalmente as mulheres ficam com os afazeres e manutenção da casa e da família, funções essas que se tornam cada vez mais difíceis de serem desempenhadas por elas e de serem valorizadas por seus companheiros. Como consequência, quanto mais se desce na hierarquia social, numa conjugação de classe e gênero, fica presente e, facilmente, as agressões se tornam parte da relação. Além disso, é importante reforçar que a construção sociocultural do universo feminino submisso legitimou, por muito tempo, uma imagem negativa da imperfeição presente nas mulheres nas mais variadas tarefas que esta possa exercer. Ao longo dos séculos, a ideia da mulher como sexo fraco, submisso e imperfeito, está introjetada no imaginário social, o que ainda hoje, traduz profundos efeitos na configuração do campo da assistência à saúde e à violência.

Segundo Fonseca *et al.* (2009), mesmo que a violência de gênero no ambiente familiar seja reconhecida como problema de saúde pública, uma vez que atinge mulheres de todas as classes sociais, na grande maioria dos casos, as próprias vítimas não conhecem seus direitos e tampouco as leis que as amparam e as protegem desse tipo de agressão. Comumente, estas acreditam que sofrer os abusos físicos ou psicológicos ou sexuais, tem origem nas atitudes cometidas no dia a dia das próprias vítimas, ou que seus agressores, no caso, os cônjuges, têm o direito de ser violentos.

Silva; Coelho; Njaine (2014) faz referência à discussão do “motivo de agressão pelo homem” que aponta o fato do sentimento de ciúmes e de traição se tornarem fortes elementos que, por consequência, irão desencadear a agressão contra a companheira, e o medo que o homem sente de perder o controle sobre a parceira e a situação. Por longo tempo, a cultura de que o homem é o dono ou tem posse sobre a mulher torna-se uma concepção machista e hierárquica sobre sua parceira. Esta deve ser submissa a ele, aceitando tudo o que lhe é dito, torna possível que as motivações das agressões causadas por ciúmes tenham sua estrutura firmada.

O artigo 5º da lei é taxativo quando se refere à conduta baseada no gênero, ou seja, a lei não abrange toda e qualquer violência contra a mulher, mas assim aquela baseada no gênero. Portanto, não se pode confundir violência doméstica com violência de gênero, pois todos estão sujeitos à violência doméstica, mas a lei se tipifica a violência doméstica baseada no gênero (BRASIL, 2006).

Sendo assim, quando uma mulher é agredida, não basta simplesmente

enquadrar a agressão na lei Maria da Penha, o que muitas vezes acontece, mas sim verificar se a agressão ocorreu devida à sua condição de mulher. Caso contrário, toda violência sofrida pela mulher seria julgada com base nesta lei. Portanto, a violência doméstica e familiar contra a mulher deverá ser analisada em cada caso concreto para a verificação de sua ocorrência em razão do gênero.

Desta maneira, para que seja qualificada a violência baseada no gênero deve-se analisar a motivação do sujeito ativo, ou seja, o fato dele ter agredido a mulher por ela ser mulher e se encontrar numa posição inferior a dele. Assim, quando o homem agride a mulher com o intuito que ela aprenda o seu papel na sociedade (papel de submissão na ótica do agressor), ele realiza uma conduta baseada no gênero e se comporta como se estivesse no seu direito.

A prática da violência doméstica e sexual emerge nas situações em que uma ou ambas as partes envolvidas em um relacionamento não cumprem os papéis e funções de gênero imaginadas como naturais pelo parceiro. Não se comportam, portanto, de acordo com as expectativas e investimentos do parceiro, ou qualquer outro ator envolvido na relação. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, de acordo com pesquisa nacional (TELES E MELO, 2004, p. 19).

Quando ocorre uma agressão contra a mulher é preciso que seja caracterizada a violência de gênero para a incidência da lei. Portanto, não basta apenas a condição de ser mulher, devendo a conduta estar baseada no gênero, ou seja, em virtude do papel social oprimido da mulher, em relação ao papel social do homem. A violência contra a sua companheira está associada também ao modo pelo qual os homens são socializados, uma vez que tais comportamentos podem induzir aos fatores que levam aos abusos praticados por estes, onde os meninos são ensinados a reprimir as emoções. A raiva é um dos poucos sentimentos que a sociedade aceita que eles demonstrem como sinal de força e característica de ser homem (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Além disso, este tipo de violência contra o gênero feminino se fundamenta nos papéis sexuais adotados no passado, que se perpetuam nos dias atuais, onde o uso da violência pode ser justificado pelos homens, quando as mulheres mantêm relações extraconjugais, ou não cumprem o que é considerado que sejam suas responsabilidades domésticas (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

O perfil dos agressores depende e varia de acordo com a situação que cada homem vive. De forma geral, percebe-se que a maioria dos homens tem idade

superior às mulheres, especialmente nos casos daquelas que se casam muito cedo e se afastam do seu meio familiar, possuindo também um baixo grau de escolaridade, levando-as a uma conseqüente alienação, perante as mudanças da sociedade; ou, ainda, os agressores são desempregados ou aposentados, constatando que esses possuem um dia a dia desinteressante e, por conseqüência, se tornam mais estressados e acabam descontando sua insatisfação nas suas companheiras (SANTOS *et al.* 2014).

Outro ponto a ser considerado diz respeito à “posição do homem frente à violência”, abordado no estudo de Silva; Coelho; Njaine (2014), o homem quando indagado em relação ao ato de agressão que cometeu, tem um discurso de alternância de papéis, o qual mescla o seu e o da vítima, diminuindo assim suas possíveis penalizações e tentam, também, minimizar o ato da violência praticada. Além disso, é frequente a negação explícita da agressão, o homem usa uma forma de negação dissimulada pelo esquecimento do abuso.

Em decorrência das agressões sofridas pela mulher e seu estado ser de plena vulnerabilidade, esta violência passa a ser um fator de risco para desencadear uma série de doenças. Além de provocar lesões físicas imediatas e sofrimento psicológico a curto e longo prazo, a violência aumenta o risco de prejuízos futuros à saúde, como por exemplo, síndromes de dores crônicas e distúrbios gastrointestinais, além da ansiedade, depressão e fobias. Pode, também, aumentar a incidência de uma variedade de comportamentos negativos, como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e drogas (SANTOS *et al.* 2014).

Segundo Santos *et al.* (2014), as sequelas se ampliam e provocam efeitos cognitivos, emocionais e comportamentais. Entre os cognitivos constam: a mente encontra dificuldade para se manter concentrada, diminuem os poderes de observação. Os efeitos emocionais são: redução da capacidade de relaxamento do tônus muscular, da sensação de bem-estar, de se desligar das preocupações e ansiedades. Quanto aos efeitos comportamentais determinados pela tensão e pelo estresse na vida dos afetados, elevam os problemas já existentes da gagueira e hesitação, podendo surgir em pessoas até então não afetadas.

Os profissionais de saúde com toda sua equipe devem estar atentos às mulheres que procuram os serviços com queixas e manifestações clínicas de violência, agudas ou crônicas, físicas, mentais ou por problemas sociais. Deve-se, além disso, observar e ter o conhecimento de que lesões físicas agudas,

comumente são oriundas de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras e, os casos mais graves são os que apresentam fraturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas. As manifestações clínicas crônicas podem ser efeitos ocasionados pelas agressões sexuais que podem implicar em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada. Estes podem surgir posteriormente à agressão, e deve ser objeto de atenção à saúde, durante a realização dos cuidados prestados (FERRAZ *et al.* 2009).

Diante dessa situação de agressão, é imprescindível considerar a necessidade de alcançar uma assistência que possa contemplar o reconhecimento da mulher como um ser holístico, o que impõe a caracterização dos serviços de saúde como instituições providas e com o dever de prestar uma atenção de forma específica a este público, a fim de atingir um equilíbrio entre os aspectos de vida da mulher que sofreu interferência da violência (CORDEIRO *et al.* 2013).

Em virtude disso, tais mulheres demandam assistência física, psicológica, amparo social, orientação jurídica, moradia, creche, escola e necessidade de trabalho para a aquisição de autonomia financeira e tratamento de saúde (LEITE *et al.* 2014).

A invisibilidade acerca da temática envolvendo o impacto na saúde das mulheres como consequência da violência de gênero pode estar associada às inter-relações de três fatores: o primeiro se refere à vítima apresentar apenas queixas vagas e recorrentes do abuso sofrido; o segundo está relacionado com a predominância do modelo biologista e tecnicista do profissional que atende, muitas vezes deixando escapar declarações importantes na proteção e cuidados a essa mulher; e, o terceiro envolve questões relacionadas aos estereótipos das mulheres devido à identidade de gênero (CORDEIRO *et al.* 2013).

### **3.2 Evolução histórica e legislativa da política de atenção à mulher**

A violência doméstica e familiar contra a mulher é um ato terrível e inescrupuloso que acompanha a nossa sociedade por muitos anos. Talvez se possa dizer que este tipo de violência é praticado no mundo inteiro, visto que a mulher sempre foi vista como um ser frágil e submisso aos homens. Esta visão da mulher no mundo possui antecedentes históricos, pois ela desde o início dos tempos foi

estereotipada como um ser inferior. O modelo conservador da sociedade contribuiu para que isso acontecesse, uma vez que coloca a mulher nessa situação. E, deste modo, percebe-se que a violência praticada contra elas pelos homens possui razões de ordem social e cultural (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A questão da violência contra a mulher começou a ter visibilidade a partir das manifestações realizadas no Brasil, pelo movimento feminista no final da década de 1970, dado ao grande número de casos de mulheres violentadas. É a partir deste período, que se desencadeia o processo de reconhecimento da mulher pela sociedade civil e pelo Estado (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

O Movimento feminista, em seu primeiro momento, é chamado por alguns especialistas no assunto de “movimento sufragista”. No período de formação da democracia representativa, o direito ao voto era restrito a quem possuía um determinado nível de renda, o que excluía a classe trabalhadora, e era proibida às mulheres. No final do século passado, a classe operária conseguiu através de reformas legislativas, abolir o “voto qualificado por renda”, realizando a passagem da democracia censitária para a democracia partidária. Mas tal conquista não incluía o sufrágio feminino. As mulheres se organizaram e lutaram por este direito e somente no início do século XX o conquistaram. O Movimento Feminista em sua particularidade tem se articulado ao movimento dos Direitos Humanos, fortalecendo o processo de rompimento da cultura que reproduz as relações de desigualdade humana (SOUZA; CORTEZ, 2014).

Uma das estratégias de enfrentamento foi a criação e implementação das unidades do SOS – Mulher, pelas entidades feministas no final da década de 1970, cujo objetivo era despertá-las e fortalecê-las para romperem com a violência e compartilharem com outras mulheres em situações semelhantes, atitudes de solidariedade. Além de esclarecer as mulheres, o SOS – Mulher prestava atendimento social, psicológico e jurídico e, apoiava-as quando decidiam fazer a denúncia, que ainda eram feitas em delegacias comuns (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Conforme os autores acima citados, este processo de informação e apoio prestado nos SOS – Mulher é de suma importância, considerando-se as dificuldades que vivenciam, tanto no aspecto financeiro como emocional e, com isso, estabelecem uma dependência pelo agressor, não conseguindo assim, enxergar opções de vida diferentes. Este processo de orientação e apoio promove maior

sociabilidade de informações, provocando a união de mulheres que vão em busca de seus direitos e respeito por parte da sociedade (SOUZA; CORTEZ, 2014).

Com o aumento da procura de mulheres pelo SOS fez-se necessária a criação de mecanismos para proteger suas vidas, a partir da decisão em denunciar o autor da agressão. Para tanto, foram criadas por parte do Estado, as Delegacias Especializadas de Crimes Contra a Mulher, as quais foram resultado da organização dos movimentos feministas e sociais, que lutaram para que os direitos das mulheres fossem respeitados (SOUZA; CORTEZ, 2014).

As Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (Deams<sup>1</sup>) fazem parte da história da luta feminista. Essas delegacias são vistas, também, como um marco importante nesse contexto, pois elas solidificam o reconhecimento da violência contra mulheres como um crime e, implicam a responsabilização do Estado no que tange à implantação de políticas que consintam no combate a esse fenômeno. O processo de implantação das Deams teve início com a mobilização feminista dos anos 1970-80. Com o elevado índice da violência contra a mulher, esta se constituiu como uma das principais violências que atingem esse gênero, o que fez com o que esse movimento abordasse a pauta da agressão contra a mulher se tornar uma prioridade de intervenção. É relevante destacar que, nesse período, crimes e decisões jurídicas envolvendo homens e mulheres de destaque na mídia deram maior visibilidade às ocorrências de violência conjugal contra a mulher (SOUZA; CORTEZ, 2014).

Durante a década de 1990, no contexto de aprofundamento das discussões referentes à violência, os movimentos feministas estavam ativamente lutando em prol de leis específicas sobre violência contra a mulher. Alterou-se, assim, substancialmente, a forma como a questão vinha sendo formulada, e passou a ser objeto de estudo e intervenção na área da saúde, através de vários encontros a nível nacional e internacional, que aconteceram com o objetivo de reconhecer a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos, e um grave problema de saúde pública (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Farias (2005, p. 97), descreve o princípio da dignidade humana como:

postulado essencial do ordenamento, expresso na Constituição Federal, que deve guiar a atuação do Estado no sentido de garantir as

---

<sup>1</sup> A primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) do Brasil, em agosto de 1985, foi então, inaugurada na cidade de São Paulo.

necessidades fundamentais de todas as pessoas sob uma perspectiva humanizadora, democrática e civilizatória.

O princípio da dignidade humana é algo que se reconhece, respeita, protege, não é algo que possa ser criado ou retirado, pois é elemento integrante e irrenunciável da natureza da pessoa humana. Ademais, importante salientar que a Constituição da República Federativa Brasileira (CRFB) de 1988, aderiu a um conceito materialmente aberto de direitos fundamentais, contudo, há que se ressaltar que há dispositivos na CRFB que não o são, mas apenas, formalmente fundamentais, embora inseridos no catálogo de direitos fundamentais.

Com base nos princípios da agilidade, simplicidade, informalidade e economia (Lei nº 9.099/1995), em 1995 foi criado o Juizado Especial Criminal (Jecrim), encarregado dos casos de “infrações penais de menor potencial ofensivo”, cuja penalidade prevista é menor que um ano de detenção. Eventos de lesão corporal leve e ameaças, os delitos mais recorrentes de violência doméstica e familiar registrados nas Deams, incluíam-se e, logo, também os mais frequentes nos Jecrims. Portanto, essas delegacias passaram a gerar Termos Circunstanciados, documentos estes que substituíram o Boletim de Ocorrência (BO) e que, com o laudo e o resumo da ocorrência juntos, eram diretamente encaminhados ao Jecrim “para realização de audiência de conciliação e julgamento”, sem obrigação de investigação prévia do caso e instauração de inquérito (SOUZA; CORTEZ, 2014, p. 04).

Segundo Souza e Cortez (2014), esta decisão de fato agilizou a chegada das ocorrências à instância jurídica, porém a pesquisa revela que ao ser enquadrado na Lei nº 9.099/1995, a violência contra a mulher tornou-se um problema a ser mediado e não mais investigado e julgado, no qual o principal objetivo do Jecrim seria a conciliação entre os envolvidos. Por esse motivo, rapidamente surgiram críticas a esse modelo e se dirigiam tanto à falta de conhecimento dos conciliadores e juízes sobre a temática da violência familiar/doméstica, e questões de gênero, quanto à conseqüente banalização e descriminalização deste tipo de violência. O grande número de casos que envolviam desistências da mulher no processo criminal durante as audiências de conciliação, indicava segundo muitos estudiosos, a despolitização da questão da violência, uma vez que, novamente, ela passava a ser negociada em âmbito particular de cada vítima.

Em 09 de junho de 1994, foram adotadas discussões na Assembleia Geral

da Organização dos Estados Americanos (OEA)<sup>2</sup>, que fazia parte da Convenção Interamericana para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher. A partir desse momento, a violência foi então discutida e entendida como física, sexual, psicológica e de gênero. Houve ainda o reconhecimento do direito da mulher de ser livre de todas as formas de discriminação (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Assim, para que a violência praticada contra as mulheres encontre logo o seu fim, nada mais propício que uma lei para garantir a elas a proteção que lhes é devida, tendo como objetivo encorajá-las a não deixar que as agressões se tornem normais, pois definitivamente, não são.

### 3.3 Marco legal

Com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, houve um grande avanço democrático no país, relacionado às regras jurídicas que reconfiguraram as relações familiares. O parágrafo 8º, do artigo 226, preceitua que o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. O inciso I, do artigo 5º, contido no Título II dos direitos e garantias Fundamentais da Constituição Federal destaca que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Homens e mulheres são iguais em direito e obrigações (BRASIL, 1988).

Os direitos à liberdade e à dignidade são direitos essenciais da pessoa humana. A Constituição Federal demonstra expressamente os direitos entre homens e mulheres, inclusive no que se refere à participação nas políticas públicas, relacionadas ao combate à violência doméstica.

No plano jurídico nacional, a Constituição Federal de 1988 significou um marco no tocante aos direitos humanos da mulher e ao reconhecimento de sua cidadania plena. Esse fato se deveu, principalmente, à articulação das próprias mulheres no Congresso Nacional Constituinte, com apresentação de emendas populares que garantiram a inclusão dos direitos da mulher, permitindo que o documento constitucional tivesse um perfil mais igualitário (TELES; MELO 2012, p. 59).

No Brasil, visando corrigir a desigualdade de gênero entre homem e

---

<sup>2</sup> Órgão responsável pelo recebimento de denúncias de violação aos direitos previstos no Pacto de São José da Costa Rica e na Convenção de Belém do Pará.

mulher surgiu à necessidade de se criar uma legislação que coibisse a violência doméstica contra a mulher.

Em abril de 2001, a Comissão Internacional de Direitos Humanos da OEA, órgão responsável pelo recebimento de denúncias de violação aos direitos previstos na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e na Convenção de Belém do Pará atendendo denúncia do Centro pela Justiça pelo Direito Internacional (CEJIL) e do Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), publicou o Relatório nº 54, o qual estabeleceu recomendações ao Estado Brasileiro no caso Maria da Penha Fernandes (BRASIL, 2004).

O Estado brasileiro foi notificado pela Comissão Internacional de Direitos Humanos, em razão do descumprimento do artigo 7º da Convenção de Belém do Pará e dos artigos 1º, 8º e 25º, da Convenção Americana de Direitos Humanos. Foi recomendada a intensificação do processo de reforma, no sentido de evitar a tolerância estatal e o tratamento discriminatório com respeito à violência doméstica contra a mulher e, também, recomendou a redução do tempo processual.

Desta maneira, a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, surgiu para criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e ficou conhecida internacionalmente como Lei Maria da Penha. O motivo para que recebesse tal denominação foi a homenagem prestada à farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que teve a sua triste história como inspiração para a criação desta lei. Maria da Penha, assim como tantas mulheres deste país, sofria com as agressões praticadas pelo marido.

Segundo Guimarães *et al.* (2011), em 2001, no caso Maria da Penha Maia Fernandes que sofreu dupla tentativa de homicídio pelo marido, o Estado se viu obrigado a tomar medidas mais intensas para combater a violência contra a mulher. Isso tudo se deu devido à condenação do Estado brasileiro que violou os direitos e deveres previstos na Convenção de Belém do Pará<sup>3</sup>.

A Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha,

cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação

---

<sup>3</sup> Tal Convenção foi ratificada em 27 de novembro de 1995, quando ingressou no ordenamento jurídico brasileiro como legislação ordinária, segundo entendimento do Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/>

contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha condena toda prática de violência contra a mulher e discrimina toda forma de desigualdade e preconceito, assegurando os direitos fundamentais que constam no artigo 226, da Constituição Federal.

Art. 5º. Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual (BRASIL, 2006).

Segundo a Lei Maria da Penha, a violência doméstica praticada contra a mulher, seja por marido, companheiro ou namorado constitui uma forma de violação dos direitos humanos: “art. 6 - a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos” (BRASIL, 2006).

Tal enfrentamento exige mobilizações e esforços entre diversos segmentos da sociedade e dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário dos Estados e Municípios, além dos movimentos sociais como o movimento feminista e os que lutam por direitos humanos.

A lei mencionada acima foi sancionada em 07 de agosto de 2006, entrou em vigor em 22 de setembro desse mesmo ano e retirou dos Jecrims a competência para julgar os casos de violência contra a mulher. Como resultado disso, foram novamente modificados os procedimentos para encaminhamento das denúncias pela Deam, que voltaram a ser registradas em BOs. A Deam retornou a instaurar inquéritos, investigando denúncias e encaminhando o pedido de abertura dos processos à Vara Criminal responsável, entre outras funções (SOUZA; CORTEZ, 2014).

Vale ressaltar que os municípios que não são contemplados com a presença das delegacias especializadas de atendimento à mulher, os registros de

ocorrência enquadrados na Lei Maria da Penha são realizados em qualquer delegacia distrital, porém não contará com um atendimento especializado, então, cabendo a cada unidade policial incorporar os preceitos indicados na lei (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A Lei Maria da Penha estabeleceu a criação de juizados especiais para os crimes previstos nessa legislação, estabelecendo formas de assistência e proteção às vítimas, além de assegurar a criação de políticas públicas para a garantia dos direitos da mulher (CARNEIRO; FRAGA, 2012). Com a finalidade de proteger as vítimas e punir os agressores, bem como reduzir os índices destes agravos, ressalta-se que no Brasil, atualmente, a violência contra a mulher é tipificada como crime (FERRAZ, *et al.* 2009).

Além disso, segundo Santos *et al.* (2014), houve outras duas leis que foram elaboradas na tentativa de diminuir o número de casos da violência de gênero. Foram elas: a Lei nº 10.455/02 que consistia no afastamento do agressor do lar conjugal; e, a outra, foi a Lei nº 10.886/04 que criou um subtipo de lesão corporal leve, aumentando a pena mínima de 3 para 6 anos na condenação do agressor.

A referida lei assegura que os juizados podem e devem contar com uma equipe multidisciplinar que será composta por uma rede de profissionais das áreas psicossocial, jurídica e de saúde no atendimento à vítima, com a finalidade de atentar as particularidades, tipo de violência recebida e suas consequências para a saúde e vida social da vítima em questão. Nas comarcas onde esses juizados ainda não tenham sido criados, os crimes devem ser julgados nas varas criminais. A Lei Maria da Penha também proíbe a aplicação de penas pecuniárias e pagamentos de cestas básicas (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

No estudo de Carneiro e Fraga (2012), ressalta-se que as mulheres vítimas desse tipo de violação da integridade física, emocional e social devem ser encaminhadas a programas e serviços de proteção e assistência social, uma vez que essa lei traz consigo a criação de políticas públicas, que visam à garantia dos direitos das mulheres em suas relações domésticas e familiares. A finalidade dessas normas programáticas visa resguardar a mulher vítima de violência doméstica de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão, segundo prevê o artigo 3º, parágrafo 1º da Lei nº 11.340/2006.

Outro ponto importante a ser discutido, é em relação ao crime de lesão corporal (art. 129 do Código Penal) que obteve uma nova redação ao seu parágrafo

9º na Lei Maria da Penha, em que passou a vigorar como qualificadora dos casos onde este crime seja consequência de violência doméstica, com pena de detenção de três meses a três anos. Além disso, também foi acrescentado o parágrafo 11 ao artigo 129 do Código Penal, no qual descreve a causa do aumento de um terço da pena na condenação do agressor, no caso de violência praticada contra pessoa portadora de deficiência quando ocorrer a hipótese do parágrafo (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Outro projeto formulado para ajudar no combate à violência contra a mulher, foi o Projeto Construção e Implementação do Observatório da Lei nº 11.340/2006 Lei Maria da Penha, desenvolvido no período de 2007 a 2010, e teve por objetivo fornecer indicadores que sirvam como base para a construção de novos parâmetros de ação, bem como para o planejamento de capacitações, e para o desenvolvimento “de instrumentos de monitoramento e avaliação das políticas de enfrentamento da violência contra a mulher” (SOUZA; CORTEZ, 2014, p. 05).

Atualmente, todas as capitais brasileiras podem contar com ao menos uma delegacia especializada de atendimento às mulheres, segundo o relatório Observe de 2010, citado por Souza; Cortez (2014) sobre as condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas delegacias. Em 2009, foram contabilizadas 475 delegacias especializadas em todo o Brasil, a maior parte delas é concentrada na região sudeste, mais especificamente, no Estado de São Paulo.

Este passo é considerado um avanço enorme na sociedade e, foi no sentido de que a violência que ocorre nas relações familiares e de afeto deixasse de ser tratada como um problema particular envolvendo pessoas com relação afetiva, mas que se tornasse algo público, pois anteriormente, reinava a impunidade sobre os agressores. Outro benefício da Lei Maria da Penha está presente quanto à agilidade com que os casos, envolvendo crimes contra as mulheres, podem ser analisados, e as providências e resoluções cabíveis tomadas, conforme a situação de cada ocorrência (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Essa rapidez perante as ocorrências de violência envolvendo a mulher significa que, no momento em que a notícia de um crime é enquadrada na Lei nº 11.340/2006 e chega até uma delegacia de polícia, esta passa por procedimentos que serão adotados de maneira divergente dos demais casos, visto que essa norma jurídica determina, especificamente, as providências legais, cabíveis a esse tipo de

violência e, assim, são tomadas as ações pertinentes pela autoridade policial e seus agentes (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Dispõe o Artigo 11, da Lei 11.340 de 2006:

Art. 11. No atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá, entre outras providências:

- I - garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;
- II - encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico Legal;
- III - fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida;
- IV - se necessário, acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar;
- V - informar à ofendida os direitos a ela conferidos nesta Lei e os serviços disponíveis (BRASIL, 2006).

Neste cenário, vale ressaltar que a Lei Maria da Penha também determinou a criação<sup>4</sup> do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a Violência Doméstica. Tais dados são essenciais para a reflexão da temática, dimensão da quantidade de casos e avaliação da funcionalidade e aplicabilidade dessa lei no âmbito social. Essa é uma medida fundamental que poderá funcionar como um termômetro da latência da violência doméstica, uma vez que, revelando os dados, poderá ser diagnosticada a eficácia da lei nas diferentes realidades locais e regionais, bem como promover políticas públicas na prevenção e proteção das vítimas (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A Lei Maria da Penha em seu capítulo II, artigo 7º, apresenta as formas de violência doméstica e familiar aplicadas contra a mulher:

Art. 7º. São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

- I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização,

---

<sup>4</sup> Ainda no que se refere às iniciativas do governo para a construção de estatísticas oficiais, há que se registrar duas importantes fontes: o sistema de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, sob responsabilidade do Ministério da Saúde; e o Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal/SINESPJC (que inclui o Módulo Registro das Ocorrências; o Módulo Perfil das Instituições de Segurança Pública; a Pesquisa Nacional de Vitimização; o Fluxo do Sistema de Justiça Criminal), sob responsabilidade da Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça (BRASIL, 2011p. 14).

exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

A legislação penal e processual foi reformulada no sentido de coibir a violência doméstica. As disposições da Lei n.º 9.099/1995 não tinham sua ênfase voltada para a questão da violência contra a mulher. Os crimes contra as mulheres eram julgados por serem considerados de pequena complexidade, somente a partir da nova Lei, que foram considerados crimes de potencial ofensivo, que muitas vezes mutilam a mulher e, até mesmo, põem fim a sua vida.

Segundo o Código Penal Brasileiro, no capítulo I do artigo 129, ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem é crime e cabe pena-detenção de 03 (três) meses a 01 (um) ano. Se a lesão corporal for de natureza grave, pena-reclusão que resulta em 02 (dois) anos. Se lesão corporal for seguida de morte resulta em pena-reclusão de 04 (quatro) a 12 (doze) anos.

As pessoas que podem ser autores de violência doméstica podem ser marido contra mulher; mulher contra marido; filho/a contra mãe; mãe contra filho/a; pai contra filho/a; neto/a contra avós; avós contra neto/a; companheiro contra companheira.

A violência doméstica é transmitida de geração a geração, tanto por homens como por mulheres. Basicamente, tem sido o primeiro tipo de violência em que o ser humano é colocado em contato de maneira direta. A partir daí, as pessoas aprendem outras práticas violentas. E ela se torna de tal forma arraigada no âmbito das relações humanas, que é vista como se fosse natural, como se fizesse parte da natureza humana (TELES; MELO; 2012 p. 23).

A Lei Maria da Penha será aplicada a todos aqueles que cometerem violência contra a mulher ou a algum membro da família, que é compreendida como comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa. Por determinação do

artigo 17 da Lei nº 11.340/2006, “é vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa” (BRASIL, 2006).

Assim, nega-se ao agressor pagamento de pena como cesta básica, prestação de serviços comunitários, pagamento de multa em dinheiro. A Lei deixa bem claro que o crime é inafiançável.

A nova Lei inseriu no artigo 313 do Código de Processo Penal, mais uma condição de admissibilidade de prisão preventiva.

Art. 313. Nos termos do art. 312, deste Código, será admitida a decretação da prisão preventiva: (Redação dada pela Lei nº 12.403, de 2011)

[...]

III - se o crime envolver violência doméstica e familiar contra a mulher, criança, adolescente, idoso, enfermo ou pessoa com deficiência, para garantir a execução das medidas protetivas de urgência; (Redação dada pela Lei nº 12.403, de 2011) (BRASIL, 2006)

Quanto às medidas protetivas de urgência, deve-se citar o artigo 22, da Lei Maria da Penha:

art. 22. Constatada a prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos desta Lei, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras:

I - suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003;

II - afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;

III - proibição de determinadas condutas, entre as quais:

a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;

b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;

c) frequência de determinados lugares, a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida;

IV - restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;

V - prestação de alimentos provisórios (BRASIL, 2006)

Com a finalidade de manter o agressor longe da vítima, a fim de resguardar sua liberdade e integridade, tanto física, quanto moral, o juiz poderá aplicar as medidas protetivas de urgência previstas na Lei Maria da Penha, sem a necessidade de instauração de processo criminal, conforme estabelece o artigo 22, da Lei Maria da Penha, acima citado.

Esse programa de prevenção, assistência e combate à violência contra

mulher, a nível governamental, engloba as três esferas: Municipais, Estaduais e Federais. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>5</sup>, com temas prioritários à promoção da atenção para mulheres em situação de violência, com objetivo de organizar redes integradas de atenção para as mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, e na perspectiva do enfrentamento das desigualdades de gênero, e da garantia da atenção integrada e humanizada as vítimas, por meio da ampliação do número de serviços especializados no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Mesmo com a criação das Políticas Públicas, voltadas para ações e estratégias de combate a violência contra a mulher, o enfrentamento deste problema ainda está muito presente no acolhimento e atendimento das mulheres afetadas que buscam o serviço de saúde. Uma vez que a rede de atendimento encontra-se ainda muito fragmentada, pois os profissionais de saúde não estão preparados para atender de maneira integral essa demanda, restringindo suas ações no acolhimento e encaminhamento para os demais serviços da rede conforme a necessidade da vítima (LETTEIRE, NAKANA, RODRIGUES, 2008).

Outro aspecto positivo para elaborar ações e estratégias nessas políticas públicas específicas, é o fornecimento pelo Ministério da Saúde de registro aos atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), de violências voltadas às crianças, mulheres e idosos, através do Sistema Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Com a implantação, em 2009, das fichas de notificações da violência doméstica, sexual e ou outras violências, esta deve ser preenchida de forma universal, contínua e compulsória, nas situações de suspeita e confirmação envolvendo crianças, mulheres e idosos. Atendendo ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003. Esta Lei estabelece a notificação compulsória, no território nacional, no caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2003).

De acordo com o Mapa de Violência (WASELFSZ, 2015) as mulheres vítimas de violência passaram de 3.934 para 4.762 no período de 2003 a 2013.

---

<sup>5</sup> Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Essas 4.762 mortes, em 2013, representam 13 homicídios femininos diários. Com o aumento da população feminina nesse período, o número de homicídios passou de 89,8% para 99,8%. No ano de 2006, quando se conquistou a legitimidade suficiente com a Lei Maria da Penha, observou-se um aumento desses homicídios de 18,4% entre 2003 e 2013.

Notou-se que as mulheres, ao longo dos anos, fazem parte de um dos grupos que mais sofrem com a discriminação, por ser considerado minoritário e frágil. Esta, também, é uma forma de violentá-las, pois emerge do preconceito de uma sociedade machista que violenta a mulher, considerando que o agressor tem poder sobre a mesma. Por todos esses aspectos, é possível verificar com clareza que, embora tenham sido muitas as conquistas femininas nas últimas décadas decorrentes das suas lutas históricas, a violência contra o sexo feminino permanece ainda com proporções desconhecidas. Visto a grande banalização e a naturalização com que os crimes são tratados, na maioria das vezes, em decorrência de fatores discriminatórios relacionados ao gênero (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

### **3.4 Violência doméstica: um questão de saúde pública**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência doméstica contra a mulher como uma questão de saúde pública, que afeta negativamente sua integridade física e emocional, seu senso de segurança, configurada por círculo vicioso de *idas e vindas* aos serviços de saúde e o conseqüente aumento com os gastos nesta área.

Cabe ressaltar que muito se lutou para a criação de instituições especializadas no atendimento de mulheres acometidas de violência doméstica, a fim de que seus direitos fossem assegurados e, principalmente, que houvesse de certa forma uma punição ao agressor. Em 1980, houve a criação de órgãos especiais, tais como os conselhos Estaduais e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) que lutavam pela cidadania das mulheres com apoio e fortalecimento do Estado. “O CNDM desenvolveu um amplo processo educativo voltado para toda a sociedade por meio da mídia nacional, com o objetivo de mudar mentalidades e padrões discriminatórios” (FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, 2006).

Os profissionais de enfermagem assumem papel crucial com relação a essas adaptações, pois são capacitados em avaliar a paciente com mais eficiência e tomar as decisões baseadas em dados científicos, facilitando assim, o retorno da paciente ao seu estado de saúde ideal. O profissional de saúde deve oferecer suporte técnico-científico sob o olhar no campo da afetividade bio-psico-emocional auxiliando as mulheres que são violentadas de alguma forma nas decisões acerca do que é melhor para ela, bem como recuperar a autoconfiança em sua capacidade.

Diante do contexto exposto, cabe ao enfermeiro, ao programar o atendimento a essas mulheres, entender as múltiplas facetas envolvidas na dinâmica de vida, reconhecendo seus direitos e aspectos humanos, pois é um ser que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. Nas ações de cuidado é necessário considerar a complexidade do ser humano, pois o termo Humanização é concebido como atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas (LEAL; LOPES; GASPAR, 2013).

Nota-se, dessa forma, a relevância dos serviços de saúde para esse público que sofre algum tipo de violência, pois a mulheres nessa situação tendem a utilizar, com maior frequência, os serviços de saúde, e a assistência tem baixo poder resolutivo, acarretando maior custo ao Sistema de Saúde, em consequência do seu uso repetitivo e ineficaz. Além disso, as mulheres, diante do sofrimento a que são submetidas, tendem a negligenciar o cuidado consigo mesmas e com os outros. Essas mulheres são mais propensas: à entrada tardia no pré-natal, à baixa adesão ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, à realização de sexo inseguro, ao abuso de álcool e tabaco, e ao uso de outras drogas (LEAL; LOPES; GASPAR, 2013).

### **3.5 A percepção do profissional de saúde quanto à violência contra mulher**

Segundo o protocolo do município, os profissionais atuam no âmbito domiciliar, familiar e comunitário, oportunizando mudanças de hábitos e costumes, ajudando na prevenção da violência. De acordo com os achados de Viera *et al* (2011), é notório que os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que procuram os serviços com manifestações clínicas de violência, agudas ou crônicas, físicas, mentais ou por problemas sociais. Lesões físicas agudas normalmente são oriundas de agressões causadas por uso de armas, socos,

pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras e, os casos mais graves são os que apresentam faturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas. As manifestações clínicas crônicas podem ser decorrentes de agressões sexuais que podem causar doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada. Podem surgir posteriormente à agressão e devem ser objeto de atenção durante a realização dos cuidados prestados.

Na visão dos autores Leal; Lopes; Gaspar (2013) é relevante descrever sobre a notificação, que é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica. Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de idéias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

Existem alguns passos que podem integrar as ações de cuidado de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, os quais devem envolver o acolhimento e a possibilidade de apoio por parte da equipe; auxiliar a vítima a estabelecer vínculo de confiança individual e institucional para poder avaliar o histórico da violência e as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares; dialogar com a mulher sobre as opções de lidar com o problema, permitindo-lhe fazer escolhas e fortalecer sua autoestima; apoiar a vítima que deseja fazer registro policial do fato; fazer encaminhamentos à outros órgãos competentes quando necessário, Delegacias da Mulher, Instituto Médico- Legal; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio; encaminhar para atendimento clínico os casos de lesões graves, com necessidade de reabilitação, que não puderem ser atendidos na unidade; sugerir à vítima atendimento para o casal ou família no caso de continuidade da relação; propor acompanhamento psicológico; fazer visitas domiciliares constantes para cuidar e acompanhar o caso (OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012).

O profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, inclusive a doméstica, podendo responder pela omissão. Apesar dos códigos de ética consultados não apresentarem explicitamente a expressão

violência doméstica, eles deixam claro o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes (COSTA, et al, 2011).

### **3.6 Rede de atendimento x atendimento das vítimas**

Para Azambuja e Ferreira (2011) com relação a violência contra mulher a concepção de intersectoridade, não é apenas um problema de políticas públicas de segurança, mas sim mais amplo abrangendo as necessidades da vítima e da família. As mulheres vítimas de violência podem dar entrada em qualquer um dos serviços que compõem a rede de atendimento

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres que a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) define, diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde, que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2011).

A constituição da rede de enfrentamento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multi-dimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a justiça, a cultura, entre outros. Neste sentido, este documento visa apresentar as diretrizes gerais para implementação dos serviços da rede de atendimento que têm sido financiados pela Secretaria de Políticas para as Mulheres e pelos parceiros do Governo Federal no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011).

A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, por sua vez, foi criada em 2005, pela SPM, com o objetivo de orientar as mulheres em situação de violência sobre seus direitos e sobre os serviços disponíveis para o atendimento de suas

demandas. A Central é um número de utilidade pública, que pode ser acessado gratuitamente por mulheres de todo o país e representa, portanto, um importante avanço no tocante à divulgação dos serviços da rede de atendimento e à garantia de acesso das mulheres à rede. Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: “cabe à Central o encaminhamento da mulher para os serviços da rede de atendimento mais próxima, assim como prestar informações sobre os demais serviços disponíveis para o enfrentamento à violência” (SPM, 2007).

Desta forma, a criação da Central de Atendimento à Mulher representou a instauração de um novo elo da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, ao lado de serviços como casas-abrigo, centros de referência de atendimento à mulher e delegacias de polícia. Além de proporcionar uma maior visibilidade dos serviços da rede de atendimento para a população em geral e para as mulheres em situação de violência e de funcionar como uma porta-de-entrada para outros serviços da Rede, a Central também funciona como um instrumento de monitoramento da atuação de cada uma destas instituições do Estado, constituindo-se em uma importante fonte de informações sobre a qualidade do atendimento oferecido nos serviços especializados e não-especializados e favorecendo a avaliação das políticas públicas de enfrentamento. Cabe ao Ligue 180, portanto, ouvir a sociedade a respeito do atendimento recebido em cada serviço que integra a Rede e, a partir deste acompanhamento junto às/aos usuárias/os, estabelecer um fluxo para que as eventuais reclamações alcancem os órgãos competentes e possam ser, se não solucionadas, ao menos discutidas no âmbito de cada instituição com o intuito de aprimorar os atendimentos prestados (BRASIL, 2011).

Ainda, no que diz respeito à construção e consolidação da rede de atendimento à mulher em situação de violência, é importante mencionar a mudança na sua conceituação, cuja denominação – adotada a partir de 2010 - evidencia seu sentido mais amplo: Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Assim, a maior complexidade da rede de atendimento e a introdução de novos parceiros requereram uma redefinição de seu conceito, de modo a incluir atores sociais ainda não contemplados no enfrentamento à violência contra a mulher, tais como: organismos de políticas para as mulheres, serviços de responsabilização e educação do agressor, coordenadorias das DEAMs, núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, Núcleos de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, etc. Esses órgãos e serviços, embora não diretamente envolvidos na assistência às mulheres

em situação de violência<sup>6</sup>, desempenham um relevante papel no que tange ao combate e à prevenção da violência e à garantia de direitos das mulheres e passam a ser incluídos no rol dos integrantes da “rede de enfrentamento à violência contra as mulheres”. Que inclui não somente os serviços responsáveis pelo atendimento, mas também agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, universidades, movimento de mulheres, entre outros (BRASIL, 2011).

Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. Assim, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, contemplando o eixo da “assistência” que, segundo o previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, objetiva:

(...) garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas-Abri- go/Serviços de Abrigamento, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos – Federal, Estadual, Municipal, Distrital- e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento (SPM, 2007, p. 8)

A rede de atendimento à mulher em situação de violência está dividida em quatro principais setores/áreas (saúde, justiça, segurança pública e assistência social) e é composta por duas principais categorias de serviços não-especializados de atendimento à mulher que, em geral, constituem a porta de entrada da mulher na rede<sup>7</sup>; serviços especializados de atendimento à mulher aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres.

---

<sup>6</sup> E, conseqüentemente, não compoendo a rede de atendimento).

<sup>7</sup> A saber, hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público (MP), defensorias públicas.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Desenho e período do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, no ano de 2014.

Foi selecionado o ano de 2014 que compreende o período, após cinco anos da implantação da rede de atendimento de violência contra a mulher no município. A escolha desse período foi com intuito de evitar a falta ou dados insuficientes das fichas de notificação coletadas. Que pudessem comprometer a confiabilidade da pesquisa.

### **4.2 Local e população do estudo**

O presente estudo foi realizado no Município de Araguaína, um município brasileiro localizado no norte do Estado do Tocantins, pertencente à Mesorregião Ocidental do Tocantins e à microrregião homônima. Situa-se a 368 km da capital, Palmas, a 1.148 km da antiga capital Goiânia e a 1.252 km da capital federal Brasília. É um polo regional pujante, que se destaca nos quesitos comercial, educacional, saúde e serviços. Nos primeiros anos do Tocantins foi a maior cidade, a segunda maior população da unidade federativa e, atualmente, com a população estimada de 170.183 habitantes (IBGE, 2015).

Um levantamento realizado por Waiselfisz (2012), intitulado de Mapa da Violência, aponta 7,8 assassinatos para cada grupo de 100 mil mulheres, no município de Araguaína, considerada a cidade tocaninense onde mais mulheres foram assassinadas em 2010. A capital, Palmas, ficou em terceiro lugar, com crimes envolvendo mulheres vítimas da violência. Além desses dados alarmantes, há também a fragilidade do serviço no atendimento a mulher violentada, devido a rede de atendimento desarticulada e a rotatividade dos profissionais que fazem parte das instituições que compõem esta rede. Diante desses fatores, ressalta-se o estudo sobre a violência contra mulher.

A população identificada no estudo são mulheres vítimas de violência atendidas nas unidades de referências que compõem a rede de atendimento do município.

### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram considerados critérios de inclusão no estudo, os casos notificados de violência contra mulheres com idades maiores de dez anos, baseada no marco legal da OMS e MS, consideradas adolescentes, e residentes no município de Araguaína. Foram excluídos os casos notificados menores de dez anos e as mulheres residentes em outros municípios do Estado do Tocantins.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu na Vigilância Epidemiológica do município de Araguaína (TO), por meio de um instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora (Apêndice A), a partir das informações contidas nas fichas de notificações de violência do SINAN (ANEXO A), nos quais foram selecionadas as variáveis do estudo.

A entrada no campo de pesquisa para a coleta de dados foi realizada formalmente por meio de ofício designado ao secretário de saúde do município, com seguimentos para os setores do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e Vigilância epidemiológica para conhecimento e providências.

O período da coleta de dados foi de agosto a novembro de 2015. Não houve falta de informações nas fichas de registros.

### **4.5 Definição das variáveis**

As variáveis estudadas no presente estudo foram: faixa etária, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, ocupação, local de ocorrência, meio de agressão, sexo provável do autor, grau de parentesco, número de pessoas envolvidas, suspeita de álcool e óbito pela agressão.

### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados de forma descritiva, utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20, em plataforma Windows.

Foram construídas tabelas com frequências absolutas e simples, conforme cada subcategorização das variáveis, com o objetivo de caracterizar o perfil das mulheres vítimas de violência.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto por conter dados secundários, não houve necessidade de ser submetido à avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para apreciação e emissão de parecer. Apenas procedeu-se à autorização oficial do Secretário Municipal de Saúde que deferiu a realização da pesquisa (ANEXO B). Foi preservada a identificação das vítimas de violência constatadas nas fichas de notificação do SINAN.

## 5 RESULTADOS

No presente estudo foram incluídas 225 fichas de notificação de mulheres vítimas de violência notificadas na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Araguaína (TO), no ano de 2014.

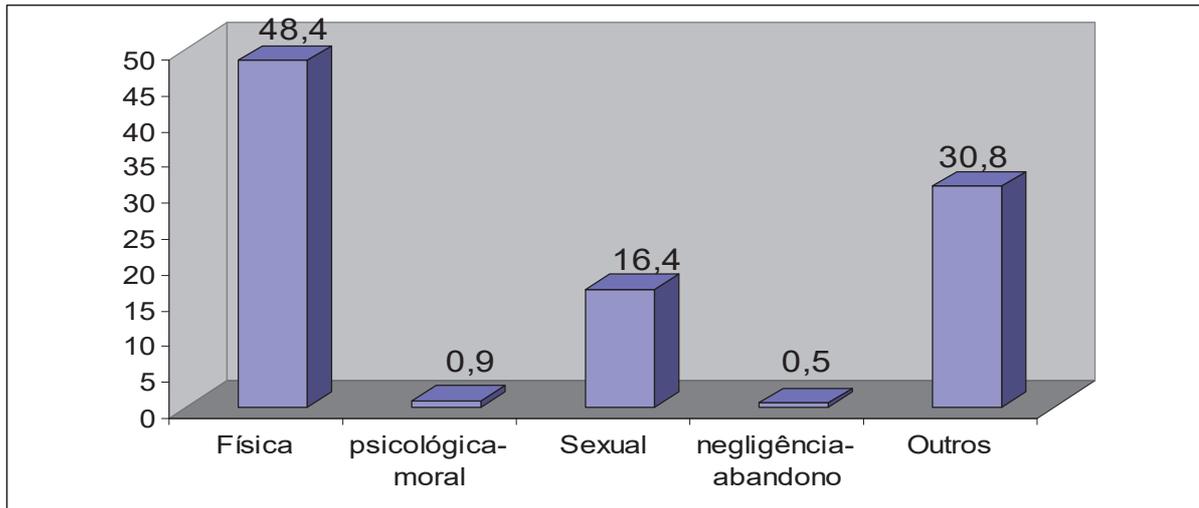
**Tabela 1** - Perfil das mulheres vítimas de violência no município de Araguaína, Tocantins, Brasil, 2014.

<b>Perfil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
10 a 19 anos	79	35,1%
20 a 29 anos	63	28,0%
30 a 39 anos	52	23,1%
40 a 59 anos	22	9,8%
60 anos e mais	9	4,0%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	14	6,2%
≤ Ensino Fundamental	126	56,0%
≤ Ensino Médio	71	31,5%
≤ Ensino Superior	14	6,2%
<b>Cor da pele</b>		
Não Branca	207	92,0%
Branca	18	8,0%
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteira	145	64,4%
Casada/Consensual	70	31,0%
Viúva	3	2,6%
Separada	7	1,0%
<b>Ocupação</b>		
Estudante	86	38,22%
Do lar	62	27,5%
Outros	57	25,3%
Doméstica	9	4,0%
Vendedora	5	2,2%
Professora	3	1,3%
Lavradora	3	1,3%
<b>Encaminhamento</b>		
Encaminhamento Saúde (Hospitalar/Ambulatorial)	157	69,7%
jurídico e social da rede de atendimento.	68	30,3%

**Fonte:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Quando ao perfil das mulheres vítimas de violência, (35,1%) encontram-se na faixa etária de 10 a 19 anos, seguida de (28,0%) na faixa de 20 a 29 anos. A

maior ocorrência de notificação de violência foi de mulheres que possuem baixa escolaridade ( $\leq$  ensino fundamental 56,0%), de cor não branca (92,0%), solteiras (64,4%) que tem como ocupação ser estudantes (38,2%). E o encaminhamento dessas vítimas ao serviço de saúde, foi predominante (69,7%) (Tabela 1).



**Figura 1** - Tipos de violência mais frequente sofrida pelas mulheres, no município de Araguaína (TO) em 2014.

**Fonte:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Os tipos de violência, mais frequentes, foram às agressões físicas (48,4%), sexuais (16,4%), morais (0,9%) seguidas de negligência (0,5%) (Figura 1).

**Tabela 2:** Características da violência, no município de Araguaína (TO) em 2014.

Características	N	%
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	171	76,0%
Bar ou Similar	6	2,8%
Escola	2	0,8%
Ambiente de Trabalho	1	0,4%
Outros	45	20,0%
<b>Meio de Agressão</b>		
Espancamento	77	34,2%
Objeto Perfuro-Cortante	26	11,6%
Envenenamento	22	9,8%
Arma de Fogo	13	5,8%
Objeto Contundente	3	1,3%
Outros	84	37,3%

**Fonte:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

A Tabela 2 apresenta as informações sobre as características da violência. O local de maior ocorrência dos casos de violência contra mulher foi na residência (76,0%) das mesmas. Os meios de agressão mais usados pelos agressores foram outros meios (37,3%) (arma de fogo, ameaça, substância, objeto quente, força corporal/espancamento e objeto perfuro-cortante), e (11,6%) e envenenamento (9,8%).

**Tabela 3** - Características quanto aos autores da violência, no município de Araguaína (TO) em 2014.

<b>Sexo do provável autor</b>		
Masculino	155	69%
Feminino	65	28,8%
Ambos os sexos	5	2,2%
<b>Grau de parentesco</b>		
Companheiro /ex-companheiro	87	38,7%
Pai/mãe/padrasto/madrasta	4	1,7%
Amigos/conhecidos	23	10,2%
Irmão	10	4,4%
Desconhecidos	49	21,8%
Outros agressores	52	23,1%
<b>Número de pessoas envolvidas</b>		
1	193	87,7%
2 ou mais	27	12,3%
<b>Suspeita de uso de álcool</b>		
Sim	54	28,1%
Não	138	71,9%

**Fonte:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína

A tabela abaixo apresenta informações quanto aos autores da violência, a maioria era do sexo masculino (69%), e tinha grau de parentesco próximo à vítima de agressão companheiro/ex-companheiro (38,7%); pai/mãe/padrasto/madrasta (1,7%). E, a porcentagem dos agressores que não foram suspeitos de uso de álcool, no ato da agressão foi de 71,9%. Foi registrado um óbito por agressão à mulher (Tabela 3).

## 6 DISCUSSÃO

A discussão inicia-se de forma a não generalizar a violência e tão pouco culpabilizar a vítima agredida. Considerando aqui nesta pesquisa que o termo violência é considerado como sendo polissêmico e tem sido exaustivamente repetido pela mídia e trabalhado por inúmeros pensadores de áreas diversas. Na revisão de literatura deste estudo, notou-se que a literatura sobre violência contra as mulheres tem suas origens no início dos anos 80, constituindo uma das principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil. Esses estudos são fruto das mudanças sociais e políticas no país, acompanhando o desenvolvimento do movimento de mulheres e o processo de redemocratização.

No município de Araguaína, baseado nos dados epidemiológicos das mulheres em situação de violência em 2014, a pesquisa mostrou a ocorrência de casos em todas as fases de vida, desde adolescente (35,1%) até entre idosas (4,0%). Os estudos de Osis; Duarte; Faúndes (2012), Sousa, Nogueira e Gradim (2013), Araújo et al. (2014) e Menezes et al. (2010) revelaram em seus resultados que a maioria das mulheres encontrava-se na faixa da população jovem. No Brasil, com base nos estudos sobre as mulheres vítimas de violência e que não pode se apontar um perfil determinado de vítima e de agressor, mas estes chegaram há uma conclusão que existem alguns fatores desencadeadores para esses comportamentos, que terminam frequentemente nos casos de violência. Estudos salientam, com maior ênfase, a idade em que estas mulheres começam a sofrer violência, e nota-se que já na adolescência elas passam por essa experiência, devido à falta de amadurecimento e autonomia em lidar com os tipos de violência (ARAÚJO *et al.* 2014), motivo pelo qual devem ser objeto de atenção para o planejamento e implementação das políticas públicas, nesta faixa etária (LABRONICI, *et al.* 2010).

A maior ocorrência de notificação de violência foi de mulheres de baixa escolaridade ( $\leq$  ensino fundamental 57,5%). As pesquisas de Araújo *et al.* (2014), Raimondo; Labronici; Larocca (2013), Galindo e Souza (2012) identificaram a escolaridade similar à encontrada no presente estudo. Isto se confirma também, nos estudos de Costa *et al.* (2011). É notório que as mulheres com menor escolaridade e sem informações são as mais agredidas, justamente devido à falta de conhecimento de seus direitos (LABRONICI, *et al.* 2010).

A pesquisa realizada no Tocantins evidencia que a maioria é considerada de cor é parda e negra (92,0%). Para D'oliveira, *et al.* (2009) algumas autoras propõem que a maioria de violência praticadas por parceiro íntimo entre mulheres negras podem ter associação as baixas condições socioeconômicas. Em oposição a esta pesquisa, Oliveira *et al.* (2015) em sua abordagem fenomenológica declararam a maioria das mulheres de cor de pele branca. Os autores descreveram que diferenças étnicas, pode estar ligada as desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos de pessoas.

Com relação ao estado civil, as mulheres solteiras foram as mais atingidas por violência (65,0%). Evidenciado em estudos de Menezes *et al.* (2010) e Araújo *et al.* (2014), constatou-se nestes estudo que 51,1% e 77% das vítimas são solteiras, respectivamente. (LABRONICI, *et al.* 2010) explicam, mulheres solteiras são as mais acometidas pela violência física, psicológica e estrutural, e devem ser consideradas como grupo de risco, bem como objeto de novos estudos pelos profissionais da área de saúde, visto que são elas, na grande maioria, de famílias desestruturadas. Faz-se necessário discutir tal dado, devido a este registro ser importante, visto que exige uma avaliação mais precisa do impacto da união juridicamente sacramentada, ou da união consensual. Ou seja, as mulheres solteiras se sentem mais à vontade de efetivar as denúncias (ZALUAR, 2009).

Na pesquisa houve a predominância das mulheres violentadas que foram encaminhadas (41,31%) para atendimento ambulatorial e hospitalar, sobressaindo-se dos demais serviços de rede de atendimento. Também nos achados de Silva *et al.* (2013), ficou evidente que a maioria dos encaminhamentos foram referenciados para o setor da saúde (50,2%). Isto é reflexo da falta de comunicação na rede de atendimento, que não se torna eficaz, pois, frequentemente, essas vítimas requerem acesso à rede de proteção para a garantia de seus direitos.

A pesquisa em Araguaína mostrou que a violência física é a mais frequente sofrida pelas mulheres (48.4%), seguida da sexual (16.4%). À exemplo destas porcentagens, Araújo *et al.* (2014), Galindo e Souza (2012), Silva *et al.* (2013) e Nogueira e Gradim (2013) mostraram que a maioria dos agressores praticou a força física (44,5%), (49,5%) e (51,3%), respectivamente.

Segundo o estudo de Silva (2015). Semahegn *et al.* (2013) apontou outro motivo do alto índice da violência física, onde os profissionais associavam o termo dor ao sentimento da vítima, devido a agressão física e não a outros tipos de

violência. Duarte *et al.* (2015), em sua revisão integrativa, evidenciou, que o maior aparecimento da violência física pode relaciona-se à maior facilidade de identificação deste tipo de agressão, pelas mulheres agredidas e pelos profissionais dos serviços de saúde. Mesmo sendo facilmente detectável, é importante saber que violência psicológica é a mais praticada pelo agressor de diversas formas como: ameaças e insultos verbais, controle e cenas de ciúmes. Que muitas vezes, passa despercebido por não deixar marcas visíveis e pelo medo e falta de identificação como um tipo de violência pela vítima, mesmo sendo facilmente detectável. Este tipo de violência ocorre no interior dos lares, razão pela qual é silenciosa, por não deixar marcas evidentes na vítima.

Sobre a classificação da violência, contrapondo-se aos resultados apresentados neste estudo, Costa *et al.* (2013), Raimondo; Labronici; Larocca (2013) e Menezes *et al.* (2010) encontraram um predomínio de mulheres que relataram a violência psicológica como a mais presente, casos em que, de forma direta, afetam o equilíbrio mental e emocional da vítima. Veloso *et al.* (2013), em sua pesquisa, apresentam os resultados: violência sexual (41,8%); violência psicológica/moral (26,3%) e violência física (24,0%). Os estudos revelaram que, o total de registros de violência, mostram a predominância da violência sexual e psicológica.

Caracterizando o local de ocorrência das agressões, resultados assemelham-se aos da pesquisa no município de Araguaína. Como o estudo de Rocha *et al.* (2014) divulgou que os locais de maior ocorrência dos casos de violência, foram em residências com 766 (43,5%) ocorrências. Para Raimondo; Labronici; Larocca (2013) em 3.140 (70,1%) casos a violência foi praticada no ambiente doméstico e 1.338 (29,9%) em vias públicas ou locais de lazer. Para outros autores, o local de maior ocorrência dos casos foi na residência (76,7%). Menezes *et al.* (2010), Raimondo; Labronici; Larocca (2013), Costa *et al.* (2011), Galindo e Souza (2012) e Silva *et al.* (2013) revelaram resultados semelhantes também, (71,4%), (70,1%), com 38 casos e (55,1%) respectivamente, as residências foram os principais lugares de ocorrência. Esta prevalência da violência doméstica aponta a família, onde simbolizam as diferenças sociais entre homens e mulheres. Culturalmente, é na residência, o local onde o homem assume o autoritarismo, seja no papel de pai ou esposo Duarte *et al.* (2015). Nesse panorama, são relatados como principais motivos: o alcoolismo, machismo, ciúme e traição nos lares.

Enunciada como prática da tradição nos relacionamentos amorosos em especial, a violência cometida por pessoas íntimas, que envolve também filhos, pais, sogros e outros parentes ou pessoas que vivam na mesma casa não a que chamaríamos de violência doméstica está profundamente arraigada na vida social, sendo percebida como situação normal. A noção de violência doméstica, algumas vezes associada apenas à violência conjugal contra a mulher, surge com força entre as feministas americanas e também do Brasil.

Sobre o processo de vitimização, tem-se que tal problema ganha destaque devido à freqüente retirada da queixa por parte da vítima e ao tipo de intervenção, não necessariamente criminal, que solicita aos agentes do Estado. Diante dessa realidade, o conceito de gênero, entendido como construção social do masculino e do feminino e como categoria de análise das relações entre homens e mulheres, passa a ser utilizado para se compreender as complexidades da queixa.

Duarte *et al.* (2015) demonstram uma preocupação com a perda de referência dessas vítimas, em relação ao espaço privado e familiar como sinônimo de segurança para as vítimas e seus filhos. A grande maioria desses estudos os altos índices de agressores são os cônjuges (ROISIN, 2010).

Os meios de agressão mais usados pelos agressores foram: arma de fogo, ameaça, substância, objeto quente, força corporal, espancamento, arma de fogo e ameaça e objeto perfuro-cortante (37,3%), o uso de objeto perfuro-cortante (11,6%) e envenenamento (9,8%), a exemplo disso, têm-se os resultados de Raimondo; Labronici; Larocca (2013) e Galindo e Souza (2012) os quais constataram que a maioria dos agressores se valeram da força física (espancamento) para intimidar as mulheres.

Quanto ao perfil do agressor, a maioria era do sexo masculino (67,7%), e tinha grau de relacionamento íntimo próximo à vítima; cônjuge/namorado/ex-companheiro (38,7%). E foram consistentes com estudos de Menezes *et al.* (2013), Galindo e Souza (2012) e Sousa, Nogueira e Gradim (2013) onde a maioria dos agressores das mulheres vítimas eram seus cônjuges ou familiares ou pessoas do convívio doméstico (filhos, irmãos, pais, padrasto, tio, cunhado e namorado), caracterizada como violência doméstica/familiar e inerente ao gênero. Um estudo de Duarte *et al.* (2015) que objetivou descrever considerando o potencial da Enfermagem para um olhar ampliado desta temática, pretendeu conhecer o que está sendo veiculado sobre gênero e violência contra a mulher, nas principais revistas de enfermagem brasileiras e, foi constatado que o tipo de violência abordada nos

artigos correspondeu predominantemente à conjugal (32%): aquela praticada por parceiros íntimos. Para a vítima é deprimente, uma vez que o autor da agressão mantém ou manteve uma relação íntimo-afetiva com a mesma (ACOSTA, GOMES, BARLEM, 2013).

Compreende-se a partir das análises que é necessário relativizar o modelo de dominação masculina e vitimização feminina para que se investigue o contexto no qual ocorre a violência. As pesquisas sobre o tema vêm demonstrando que a mulher não é mera vítima, no sentido de que, ao denunciar a violência conjugal, ela tanto resiste quanto perpetua os papéis sociais que muitas vezes a colocam em posição de vítima. O discurso vitimista não só limita a análise da dinâmica desse tipo de violência como também não oferece uma alternativa para a mulher.

Na pesquisa em Araguaína, a porcentagem dos agressores que foram suspeitos de utilizar bebidas alcoólicas, no ato da agressão foi de 28,1%, equivalente aos estudos de Raimondo; Labronici; Larocca (2013), Galindo e Souza (2012) e Araújo *et al.* (2014) quando relataram que os agressores estavam sob efeito de substâncias lícitas (álcool) ou ilícitas (drogas) no momento em que praticaram as agressões contra as mulheres. Além de apontarem que o fortalecimento das agressões é consequência do uso de álcool não somente pelo agressor, mas pela vítima também (DEEKE, *et al.* 2009). Ademais, a associação entre violência doméstica e familiar e uso de álcool pela mulher pode ser confundida ou potencializada pelo uso de álcool pelo agressor. Contudo, aparentemente, o uso do álcool pelo agressor, é apenas um fator contribuinte em uma complexa rede causal de determinação da violência doméstica e familiar, tais estudos são relevantes para subsidiar políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência.

Houve um estudo que apresentou óbitos por violência contra mulher. Garcia; Freitas; Höfelmann (2013) revelaram que no período 2001-2011, foi registrado no SIM, 44.231 óbitos de mulheres por agressões, o que corresponde a 28,6% do total de óbitos por causas violentas. Para Zaluar (2009) o nível de intimidade da vítima com o agressor é importante razão para não apresentar queixa na polícia e, então, a violência chega ao nível extremo de tolerância e, assim, ocorre o óbito em alguns casos.

## CONCLUSÕES

O estudo que visou caracterizar os casos de violência contra a mulher, notificados pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) em Araguaína, Tocantins, Brasil, ao estudar a violência sob a ótica dos documentos da Vigilância Epidemiológica deste município do ano referido. Com base na coleta de dados junto a Vigilância Epidemiológica (VE), mediante a autorização da Secretaria de Saúde do Município. Neste estudo, foram tabuladas 225 fichas de notificação. O período da coleta de dados foi de agosto a novembro de 2015. Não houve falta de informações nas fichas de registros. A pesquisa revelou que as características sociodemográficas vítimas de violência corresponderam a mulheres jovens, com baixa escolaridade, de cor não branca, solteiras, encaminhadas após a agressão para o serviço ambulatorial e hospitalar. Constatou-se vítimas de todos os níveis educacionais, embora a baixa escolaridade, geralmente, constitua um fator de risco para a mulher em situação de violência.

Em relação ao perfil dos agressores apontados foram os cônjuges/namorados/ex-companheiros. A maioria das vítimas sofreu a violência em suas residências, através da agressão física, por meio de espancamento e, seus agressores fizeram uso de bebidas alcoólicas no momento que praticaram o ato violento. Verificou-se também a ocorrência de mais de um meio de agressão por notificação, comprovando que uma mesma vítima pode ter sido exposta a diversos tipos de agressões de forma simultânea, e em mais de uma região corporal.

Pode-se concluir que entre os casos notificados, verificou-se predominância da violência física, em ambiente doméstico e perpetrado por agressores desconhecidos; ainda, foram identificadas falhas no registro das notificações, o que evidencia a necessidade de aprimoramento da qualidade do sistema e capacitação dos profissionais envolvidos. Diante do problema, cabe ao setor Saúde não somente acolher as vítimas como também realizar a vigilância do problema, subsidiando a implementação de medidas preventivas e assistenciais às vítimas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses dados mostram que independente do perfil traçado dessas vítimas, a origem da violência é multicausal, e inclui fatores socioculturais, familiares, da relação entre os parceiros e individuais. Conseqüentemente, este estudo serviu de aporte para a ampliação de outras pesquisas. Com o intuito de instigar outros perfis seja da mulher, do agressor e da violência, esses fatores precisam ser bem mais investigados e, futuramente, permitir o surgimento de novos debates sobre o tema e as melhorias na assistência dessas vítimas.

Devido à simultaneidade da ocorrência de violência contra mulher na sociedade atualmente, compete aos profissionais de saúde e, principalmente, à equipe de enfermagem, o reconhecimento das causas deste fenômeno de forma mais efetiva, conforme a necessidade da vítima e de sua família. Em todos os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das vítimas, pois as conseqüências refletem em ambas as partes. Isso facilita os encaminhamentos, conforme cada particularidade. Mas, para que isso ocorra, faz-se necessário uma escuta qualificada desses profissionais de saúde á essas vítimas. Os profissionais devem trabalhar a educação em saúde, baseada em ações preventivas, voltadas ao empoderamento da mulher e o diálogo da familiar. E essas violências são passíveis de prevenção.

A mulher que sofre a violência doméstica como ficou evidenciado nesta pesquisa, além do preconceito de forma desumana há, também, a desigualdade com que o mundo as trata, em uma visão androcêntrica. Poderíamos falar, inclusive, de uma dupla violência: a que a mulher sofre em casa e a que ela sofre por não ter reconhecida esta violência que ocorre no âmbito doméstico. Mesmo que a Constituição Federal em seu art. 5º assegure o direito de igualdade para todos sem discriminação, as mulheres sofrem de forma exacerbada certos preconceitos.

No Brasil, antes da Lei nº 11.340/2006, os casos de violência doméstica contra as mulheres, eram julgados nos Juizados Especiais Criminais, mais conhecidos como JECRIM previstos pela Lei nº 9.099/1995. Estes juizados foram criados para facilitar o acesso da população à justiça em casos considerados de baixa gravidade.

É importante salientar o papel do profissional de saúde, pois a mulher fragilizada demais para buscar outros tipos de proteção, acaba procurando os

serviços de saúde para o atendimento, mesmo que por motivos não relacionados diretamente à violência sofrida, porém mostrando sinais desta. Nos serviços de saúde a mulher que sofre violência necessita de acolhimento e compreensão por parte dos profissionais de saúde, porém o que encontra muitas vezes é desconhecimento e até preconceito por parte destes profissionais, o que configura muitas vezes uma outra agressão.

A importância de se conhecer as características das vítimas para o programa saúde da mulher, é que os profissionais de saúde e de estabelecimentos públicos de ensino estão obrigados a notificar as secretarias municipais ou estaduais de Saúde sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem. A obrigatoriedade consta da Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União (DOU) texto legal com o qual o ministério amplia a relação de doenças e agravos de notificação obrigatória.

O estudo deste fenômeno, não deve se esgotar por aqui, visto que os profissionais da área da saúde tendem a compreender a violência contra a mulher como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. Nota-se que no Brasil, a maioria das disciplinas da saúde não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Sugiro que sempre sejam debatidas às informações contidas na ficha de notificação, por parte dos profissionais notificadores, pois sempre há algumas alterações necessárias nas fichas de notificação, por ser um instrumento de registro e análise.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F; GOMES, V.L.O; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p.547-53, jul./dez. 2013,

ALI, T.S.; ASAD, N.; MOGREN, I.; KRANTZ, G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **International Journal of Women's Health**, v. 3, p. 105–115, ago./set. 2011.

ARRUDA DA SILVA, P. *et al.* Violência contra a mulher no âmbito familiar: estudo teórico sobre a questão de gênero. **Enfermaria Global**, v. 11, n. 2, p. 251-258, 2012.

ARAUJO, Rosangela Pereira de, *et al.* Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico Da Violência Sexual Contra As Mulheres Em Teresina/Piauí. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 4, p.739-750. out/dez. 2014

BARALDI, Ana Cyntia Paulin. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 12, n.3, p. 307-318 jul./set. 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006. Disponível em:< [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.778/2003**. (2013). 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). Acesso em abril de 2016.

\_\_\_\_\_. **Subchefia De Assuntos Parlamentares** (2004). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Projetos/EXPMOTIV/SMP/2004/16.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/EXPMOTIV/SMP/2004/16.htm)

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República**, 2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 30. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações a Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos**

**resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de polícia para as mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília; 2010.

\_\_\_\_\_. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências:** Viva/Sinan – Brasil, 2011. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_numero\\_9\\_2013.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf). Acesso em fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra mulheres.** (2012). Disponível em: [http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo\\_03.pdf](http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_03.pdf)

BHONA, Fernanda Monteiro de Castro; LOURENÇO, Lélío Moura; BRUM, Camila Resende Soares. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, nº 1, 2011.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: Da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº 110, p.369-397, abr. 2012.

CISNE, Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social.** São Paulo: Outras, 2012.

CORDEIRO, L. A. M. *et al.* Violência contra a mulher: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, Recife, v. 7, p.862-869, mar. 2013.

COSTA, Aída Miranda da. *et al.* Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627-35, jul/set. 2011.

DEEKE, Leila Platt *et al.* A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-258, june. 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, apr. 2009.

DUARTE, Maiara Cardoso, *et al.* Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 325-332, apr. 2015.

FACURI, C. O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p.889-898, maio. 2013.

FARIAS, Edilson Pereira de. **Colisão de direitos**: a honra, a intimidade, a vida privada e a imagem versus a liberdade de expressão e informação. 2. ed. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2005.

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo *et al.* O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 14, n. 4, p.755-759, out/dez. 2009.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da *et al.* Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev Latino Am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, nº 6, p.45-51, nov/dez. 2009.

FONSECA, Denire Holanda; RIBEIRO, Cristiane Galvão Ribeiro; BARBOSA LEAL, Noêmia Soares. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica**. (2006). Disponível em: [http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulhe r/docs/cartilha\\_violencia\\_domestica.pdf](http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulhe r/docs/cartilha_violencia_domestica.pdf).

FRANZOI, Neusa Maria; GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.19, n. 3, maio-jun. 2011.

GALINDO, Selo da Rosa Weber; SOUZA, Marta Rovey de. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). **Enfrentamento da violência pela Saúde**, v 4. n. 3. 2012.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisabeth Carmen; FREITAS, Lúcia Rolim Santana; SILVA, Gabriela Drummond Marques da Silva. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, abr, 2016.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.3, p. 383-394, jul-set. 2013.

GARCÍA-JIMÉNEZA, Jesús, *et al.* Differential profile in partner aggressors: Prison vs. mandatory community intervention programs. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context** , v. 6, n. 6, 69-77. 2014.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; COELHO, E.A.C.; SILVA, C.C.; FREITAS, W. M.F. A Violência conjugal sob o olhar de gênero: dominação e possibilidade de desconstrução do modelo idealizado hegemonicamente de casamento. Universidade Federal da Paraíba, 2007.

GUIMARAES, Arleth R. C. *et al.* Serviço de atendimento especializado a mulheres em situação de violência no Pará. **Rev. Nufen**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000151&pid=S00347612201400030000500010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000151&pid=S00347612201400030000500010&lng=en). Acesso em fevereiro de 2016.

IBGE. **Cidade**. (2015). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=170210>. Acesso em fevereiro de 2016.

LABRONICI, L. M. *et al.* A redescoberta da maternidade por mulheres vítimas de Violência doméstica: uma possibilidade existencial. **Revista Cogitare**, v. 15, n. 3, p. 474-9, jul./set.,2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18890/12199>>. Acesso em: 11/04/2016.

LAMOGLIA, Cláudia Valéria Abdala; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 595-604. 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, MARIA FILOMENA MENDES. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.15, n.37, p.409 - 424, jun. 2011.

LEITE, Maísa Tavares de Souza et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 22, nº 1, p.85-92, jan. 2014.

LETTIERE A; NAKANA AMS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc Enferm USP**. Vol. 42, n. 3, sept. 2008.

LISBOA, T.K.; PINHEIRO, E.P. A Intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **Katálysis**. Florianópolis SC, v. 8 n.2 jul/dez. 2005.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 17-28, jan-mar 2009.

MAGALHÃES, C. (Org.). **Reflexões sobre a análise crítica do discurso**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras, UFMG, 2001.

MENEZES, J. P.; MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SILVA, G. F. Perfil sociodemográfico de mulheres que sofrem com a violência de gênero no Rio de Janeiro: Subsídios para a enfermagem. **Rev de pesq Cuidado é fundamental, UNIRIO**, v.2,n.ed supl, p. 418-422, 2010. Disponível em:<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/963/pdf\\_165](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/963/pdf_165)>.Acesso em: 29 de março de 2016.

MONTEIRO, C. F. S; SOUZA, E. O. Vivência da violência conjugal: Fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, 26-31, 2007.

OMS. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (2013)**. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf). Acesso em março de 2016.

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves and FAUNDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, n 2, p. 351-358. Epub Feb 24, 2012.

RAIMONDO, ML; LABRONICI, LM; LAROCCA, LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, v. 18, p. 43-49, 2013.

ROCHA, Elânia Assis, et al. Perfil epidemiológico de notificações de todas as formas de violência. **Rev enferm UFPE**., Recife, v. 8, n. 10, p. 3401-11, out. 2014.

SANTOS, Karen Mirella Maria Soares dos, *et al.* A violência doméstica contra a mulher por companheiro e a Lei Maria da Penha. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Unit**, Aracaju, v. 1, n. 2, p.79-86, mar. 2014.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema; NJAINE, Kathie. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014.

SILVA, Camila Daiane *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Rev. Esc Enferm USP**. v. 49, n. 1, p.22-29, 2015.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015.

SILVA, Camila Daiane. *et al.* Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 8 - 14, jan., 2013.

SEMAHEGN, A.; BELACHEW, T.; ABDULAH, M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. Semahegn et al. **Reproductive Health**, v. 10, p. 1-9, 2013.

SOUZA, Lídio de; CORTEZ, Mirian Beccheri. A Delegacia da Mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 5, p.621-639, maio/jun. 2014.

SOUZA, Cecília de Melo, ADESSE, Leila (orgs). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**, Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOUSA, Ane Karine Alkmim de; NOGUEIRA, Denismar Alves; GRADIM, Clícia Valim Côrtes. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde colet.** [online]. 2013, vol.21, n.4 | [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-462X2013000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-462X2013000400011). Acesso em março de 2016.

STREY, M. N.; WERBA, G. C; NORA, T. C. "Outra vez essa mulher?" Processo de atendimento a mulheres em situação de violência nas delegacias da mulher do RS. Em Strey, M. N.; de Azambuja, M. P. R. & Jaeger, F. P. (Eds.). **Violência, gênero e políticas públicas** (2004). **Coleção Gênero e Contemporaneidade**, v. II. Porto Alegre: Edipucrs. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000117&pid=0103-5665200700020000900067&lng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=0103-5665200700020000900067&lng). Acesso em março de 2016.

YARI, A.; NOURI, R.; RASHIDIAN, H.; NADRIAN, H. Prevalence and Determinants of Sexual Intimate Partner Violence Against Women in the City of Marivan, Iran. **Journal of Family and Reproductive Health**, vol. 7, n. 4, dec, 2013.

VELOSO, Milene Maria Xavier. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VIEIRA, L. B. *et al.* Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paul Enferm. RS**, v. 25, n. 03, p.423-429, 2012.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

\_\_\_\_\_. **O que é Violência Contra a Mulher**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2012.

ZALUAR, Alba. **Pesquisando no perigo: etnografias voluntárias e não acidentais**. Maná, v. 15; n. 2: 557-589, 2009.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2012: os novos padrões da Violência Homicida no Brasil (2012)**. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org>. Acesso em março de 2016.

\_\_\_\_\_. **Mapa da violência 2015 homicídio de mulheres no Brasil. (2015)**. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em janeiro de 2016.

## ANEXOS

## ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b>				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09
	3	Data da notificação		
	4	UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)
	9	Data da ocorrência da violência		
Dados de Residência	10	Nome do paciente		
	11	Data de nascimento		
	12	(ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante
	15	Raça/Cor		
Dados Complementares	16	Escolaridade		
	17	Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe
	19	UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)
	21	Distrito		
Dados da Pessoa Atendida	22	Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)
	24	Número		25 Complemento (apto., casa, ...)
	26	Geo campo 1		
	27	Geo campo 2		28 Ponto de Referência
Dados da Ocorrência	29	CEP		
	30	(DDD) Telefone		31 Zona
	32	Pais (se residente fora do Brasil)		
	33	Nome Social		34 Ocupação
Dados da Ocorrência	35	Situação conjugal / Estado civil		
	36	Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?
	40	UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)
Dados da Ocorrência	42	Distrito		
	43	Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)
	45	Número		46 Complemento (apto., casa, ...)
	47	Geo campo 3		48 Geo campo 4
Dados da Ocorrência	49	Ponto de Referência		50 Zona
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52	Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?
	54	A lesão foi autoprovocada?		

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

**Informações complementares e observações**

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

**Observações Adicionais:**

---



---



---

<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100
---	--	---------------------------------------

<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Assinatura

# ANEXO B – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE DADOS

*Concomitante para SUPVISA para verificar possibilidade de atendimento e respectiva solicitação*

*Karvella Santos Ciriano*  
Encarregada do NER  
Port. nº 158/2013  
Secretaria Municipal de Saúde

*24/11/15*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS  
CAMPUS ARAGUAÍNA

Recebido em: 23/11/15  
Hora: 16:10  
Recebido por: *[assinatura]*

Ofício nº 01 /2015

Araguaína, 23 de novembro de 2015.

Ao Senhor  
**Jean Luís Coutinho**  
Secretário Municipal de Saúde de Araguaína  
Rua 07 de Setembro, 555, Setor Central  
77818-060 Araguaína/TO

Assunto: **Solicitação de dados.**

*[Assinatura]*  
Araguaína, 23 de novembro de 2015.  
Secretaria Municipal de Saúde

*[Assinatura]*  
NER  
P/ encaminhamento e providências

Senhor Secretário,

1. Estou realizando um projeto pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC), requisito do Mestrado em Atenção a Saúde intitulado "A Violência contra mulheres: Descrição dos casos notificados em 2014 no município de Araguaína", sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão.
2. A realização deste projeto será de grande relevância para a minha formação profissional tanto no exercício da docência, quanto na atuação na área assistencial, tendo em vista que futuramente proporcionará ações de prevenção de Saúde do município.
3. Diante do exposto solicito autorização para realizar uma coleta de dados das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do ano de 2014, a serem coletados no departamento de Vigilância Epidemiológica. A disponibilização desses dados irá alcançar o objetivo do mesmo, que é descrever os casos de violência acometidos contra as mulheres, a partir das fichas de notificação registradas no Departamento do Sistema de Informação.
4. Ressalto que não haverá a exposição de nomes pessoais na realização do projeto, apenas números quantitativos.
5. Maiores informações poderão ser requeridas pelo telefone (063) 3411-0329, falar com a Prof<sup>a</sup>. En<sup>a</sup>. Érika de Paula Ferreira ou pelo endereço eletrônico: enfermagem.araguaina@ifto.edu.br

Atenciosamente,

**RECEBIDO**  
Em 24/11/15  
05:15:24 PM  
*[Assinatura]*  
Thalita Dourado Oliveira  
Assistente em SUPVISA  
Mestrado em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

*[Assinatura]*  
**Érika de Paula Ferreira**  
Técnico Subsequente em Enfermagem  
Campus Araguaína - IFTO

Recebido En<sup>a</sup>  
Medicina  
VE  
25/11/15  
*[Assinatura]*  
RECEBIDO 24/11/15  
Instituto Federal de Educação

*Atendimento do VE*  
*Atendimento*  
*23.11.15*  
*[Assinatura]*  
Eduardo de Freitas Santos  
Superintendente de Vig. em Saúde  
Port. nº 137/2014  
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Paraguai, esquina com Avenida Amazonas  
Quadra 56, Lote 01, Bairro Cimba  
77826-170 - Araguaína - TO  
(063) 3411-0300  
[www.araguaina.ifto.edu.br](http://www.araguaina.ifto.edu.br) - [araguaina@ifto.edu.br](mailto:araguaina@ifto.edu.br)

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - LEGENDA DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Local da ocorrência

- |               |                         |
|---------------|-------------------------|
| 1. Residência | 2. Ambiente de trabalho |
| 3. Escola     | 4. Bar ou similar       |
| 5. Outros     | 6. Ignorado             |

#### Período

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. Matutino | 2. Vespertino |
| 3. Noturno  | 4. Ignorado   |

#### Zona

- |           |          |
|-----------|----------|
| 1. Urbana | 2. Rural |
|-----------|----------|

#### Número de vezes da ocorrência da violência

- Uma vez
- Mais de uma vez
- Ignorado

#### Idade

Valor bruto em anos

#### Gestante

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| 1. Sim           | 2. Não      |
| 3. Não se aplica | 4. Ignorado |

#### Raça/Cor

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. Branca  | 2. Preta |
| 3. Amarela | 4. Parda |

#### Escolaridade

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Analfabeto                  | 2. Ensino fundamental incompleto |
| 3. Ensino fundamental completo | 4. Ensino médio incompleto       |
| 5. Ensino médio completo       | 6. Educação superior incompleta  |
| 7. Educação superior completa  | 8. Ignorado                      |

#### Ocupação

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. Estudante  | 2. Do lar    |
| 3. Professora | 4. Vendedora |
| 5. Doméstica  | 6. Lavradora |
| 7. Outros     | 8. Ignorado  |

#### Situação Conjugal

- |             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 1. Solteira | 2. Casada/união consensual |
| 3. Viúva    | 4. Separada                |
| 5. Ignorado |                            |

**Exposição Sexual**

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. Só com Homens         | 2. Só com mulheres |
| 3. Com homens e mulheres | 4. Não se aplica   |
| 5. Ignorado              |                    |

**Deficiência**

- |        |        |             |
|--------|--------|-------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Ignorado |
|--------|--------|-------------|

**Tipo de violência**

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| 1. Física | 2. Psicológica/Moral    |
| 3. Sexual | 4. Negligência/Abandono |
| 5. Outros |                         |

**Meio de agressão**

- |                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. Força corporal/espancamento | 2. Objeto contundente |
| 3. Objeto perfuro-cortante     | 4. Envenenamento      |
| 5. Arma de fogo                | 6. Outros             |
| 7. Nenhum meio de agressão     |                       |

**Número de agressores envolvidos**

1. Uma pessoa
2. **Duas** ou mais pessoas
3. Ignorado

**Sexo provável do autor**

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| 1. Masculino      | 2. Feminino |
| 3. Ambos os sexos | 4. Ignorado |

**Sujeita de uso de álcool**

- |        |        |             |
|--------|--------|-------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Ignorado |
|--------|--------|-------------|

**Encaminhamento no Setor Saúde**

- |               |                 |             |
|---------------|-----------------|-------------|
| 1. Hospitalar | 2. Ambulatorial | 3. Ignorado |
|---------------|-----------------|-------------|

**Encaminhado para outros serviços**

- |               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 1. Judiciário | 2. Ministério Público               |
| 3. IML        | 4. Outros                           |
| 5. Ignorado   | 6. Não encaminhado a nenhum serviço |

**Evolução do caso**

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1. Alta                    | 2. Desconhecido        |
| 3. Evasão/Fuga             | 4. Óbito pela agressão |
| 5. Óbito por outras causas | 6. Ignorado            |

**Óbito**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. Sim | 2. Não |
|--------|--------|

**Grau de parentesco**

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| 1. Pai            | 2. Mãe      |
| 3. Madrasta       | 4. Padrasto |
| 5. <b>Cônjuge</b> | 6. Namorado |

7. Ex-companheiro  
9. Irmão  
11. Outros

8. Filho  
10. Amigos/conhecidos  
12. Desconhecido

