

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Desirré Mathias Pinheiro da Silva

**Mulheres em situação de violência:** análise de dados de serviços da rede de  
enfrentamento no município de Petrópolis/RJ no ano de 2018

Rio de Janeiro

2020

Desirré Mathias Pinheiro da Silva

**Mulheres em situação de violência:** análise de dados de serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis/RJ no ano de 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Wernersbach Pinto.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lucia Marques da Silva.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **Women in situation of violence**: data analysis of services of the confront networking in the city of Petrópolis/RJ in 2018.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S586m Silva, Desirré Mathias Pinheiro da.  
Mulheres em situação de violência: análise de dados de serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis/RJ no ano de 2018 / Desirré Mathias Pinheiro da Silva. -- 2020.  
119 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Liana Wernersbach Pinto.  
Coorientadora: Vera Lucia Marques da Silva.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência Doméstica.  
3. Identidade de Gênero. 4. Política Pública. 5. Monitoramento Epidemiológico. 6. Polícia. 7. Serviços de Atendimento. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83

Desirré Mathias Pinheiro da Silva

**Mulheres em situação de violência:** análise de dados de serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis/ RJ no ano de 2018.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 18 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora

---

Dr. <sup>a</sup> Corina Helena Figueira Mendes  
IFF/ FIOCRUZ

---

Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva  
ENSP/ FIOCRUZ

---

Dr. <sup>a</sup> Vera Lucia Marques da Silva (Coorientadora)  
ENSP/ FIOCRUZ - CLAVES

---

Dr. <sup>a</sup> Liana Wernersbach Pinto (Orientadora)  
ENSP/ FIOCRUZ - CLAVES

Rio de Janeiro  
2020

À minha mãe, avó e a todas as mulheres fortes que me deram o que era necessário para chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, André, pelo exemplo de garra, dedicação e por sempre me permitir sonhar e à minha mãe, Alessandra, pela entrega sem reservas, pelo amor e pelo auxílio imensurável para que eu alcance meus objetivos;

À minha avó Dilma, que é luz, fonte de inspiração e que vê em mim muito mais do que eu jamais serei;

Ao meu namorado, Júlio, pelo companheirismo, amor, amparo, paciência e por partilhar comigo sonhos e a vida;

À minhas amigas e amigos, em especial Erika, Felipe e Mariana, que nunca desistem de mim, me ajudam a resistir e dividir as alegrias das conquistas e o peso dos dias ruins;

À minha prima Mariana, que tenho como irmã, e que me acolheu tornando possível minha conclusão nesta etapa com muito mais carinho, cafés quentinhos e distração;

Às minhas orientadoras, Liana e Vera, por me darem a honra de trocar tantas ideias e construir este trabalho; pela delicadeza em tornar o período do mestrado proveitoso, leve e por me guiarem na realização de um sonho;

Ao Kim, Laykinha, Peteca e Merlot, meus companheirinhos de escrita que afagam a alma;

À todas as mulheres incríveis que já cruzaram meu caminho me impulsionando para que a garantia dos nossos direitos seja minha luta de vida, que me tornaram parte de quem eu sou e almejo ser;

À Deus, a todos os anjos e guias que me guardam, protegem e iluminam.

*Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente  
diferentes e totalmente livres.*

LUXEMBURGO, s.d.

## RESUMO

Este trabalho objetiva comparar os dados de violência contra as mulheres oriundos dos diferentes serviços da rede de enfrentamento a esta violência em Petrópolis – RJ no ano de 2018. Estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal com coleta de dados em bases secundárias pertencentes ao Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM), ao setor de Vigilância Epidemiológica (VE) e ao Dossiê Mulher de 2019, no que diz respeito às Delegacias de Polícia (DP) do município. Foram coletadas 288 fichas do CRAM, 399 da VE e analisados 2.224 dados das DPs de mulheres entre 18 e 59 anos de idade. A análise permite afirmar que: (1) Quanto ao histórico de atendimentos: o ano de 2018 foi o que obteve o maior número de registros desde 2014, sendo março o mês de maior concentração; (2) Quanto às mulheres atendidas, a maioria possui o Ensino Médio completo. Tanto no CRAM quanto na VE, a faixa etária é de 20 a 29 anos, enquanto nas DPs, 18 a 39 anos. Em números absolutos, a maioria é de mulheres brancas, mas, proporcionalmente ao quantitativo populacional, as negras são mais afetadas. Predominam as solteiras. No que diz respeito a profissão, concentra-se no terceiro setor. Moram principalmente no 1º distrito do município, onde se concentra a maior parte da população, assim como do comércio. Neste, tem-se o registro do maior número de agredidas (3) Quanto aos tipos de violência, prevalecem as agressões físicas e psicológicas. A violência sexual tem o menor percentual, destaca-se o quantitativo de estupros. As agressões ocorreram em casa, no período da noite (18 às 23h59) (4) Quanto aos itinerários, a busca pelo CRAM se deu predominantemente por encaminhamentos das DPs (42,4%) e as usuárias apresentavam, sobretudo, necessidade de atendimento jurídico (58,3%). Já a VE, encaminhou em 65,1% para a DP e o CRAM para o seu setor jurídico em 12,7% dos casos. (5) Quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento, o maior número de notificações compulsórias foram realizadas por assistentes sociais (41,1%), que também foram as que mais fizeram primeiros atendimentos no CRAM (43,1%). Conclui-se que a rede tem fragilidades em seu funcionamento como um todo decorrentes da necessidade de maiores investimentos em capacitação de seus profissionais na temática, assim como da gestão estratégica de dados oriundos dos atendimentos realizados, de forma a colaborar com a garantia dos direitos das mulheres.

Palavras-chaves: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Gênero; Política Pública.

## ABSTRACT

This work aims to compare the data on violence against women from different services in the network in Petrópolis - RJ in 2018. Descriptive, quantitative, cross-sectional study with data collection in secondary databases belonging to the Reference Center and Assistance to Women (CRAM), the Epidemiological Surveillance (VE) sector and the 2019 Women's Dossier, with regard to the Police Precincts (DP) of the municipality. 288 CRAM files were collected, 399 from VE and 2,224 data from DPs of women between 18 and 59 years of age were analyzed. The analysis allows us to state that: (1) Regarding the service history: 2018 was the year with the highest number of records since 2014, with March being the month with the highest concentration; (2) As for the women served, most have completed high school. In both CRAM and VE, the age range is 20 to 29 years, while in DPs, 18 to 39 years. In absolute numbers, the majority are white women, but, proportionally to the population, black women are more affected. Single predominate. With regard to the profession, it focuses on the third sector. They live mainly in the 1st district of the municipality, where most of the population is concentrated, as well as commerce. In this, there is a record of the largest number of women assaulted (3) Regarding the types of violence, physical and psychological aggressions prevail. Sexual violence has the lowest percentage, in which the number of rapes stands out. The assaults occurred at home, at night (6 pm to 11:59 pm) (4) As for the itineraries, the search for CRAM was predominantly due to referrals from the DPs (42.4%) and the users showed, above all, the need for legal assistance (58.3%). VE, in turn, referred 65.1% to DP and CRAM to its legal sector in 12.7% of cases. (5) As for the professionals responsible for care, the highest number of compulsory notifications were made by social workers (41.1%), who were also the ones who made the most first consultations at CRAM (43.1%). It is concluded that the network has weaknesses in its functioning as a whole due to the need for greater investments in training its professionals in the theme of violence against women, as well as the strategic management of data from the services provided, in order to collaborate with guaranteeing women's rights.

Key words: Violence Against Women; Domestic Violence; Gender; Public Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo ecológico para compreender a violência.....	22
Figura 2 – Divisão dos cinco distritos do município de Petrópolis - RJ.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Série histórica de mulheres entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis de 2014 a 2018.....	52
Tabela 2 –	Quantitativo por mês de mulheres entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.....	52
Tabela 3 –	Características sócio demográficas das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.....	55
Tabela 4 –	Escolaridade e ocupação das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.....	57
Tabela 5 –	Principais bairros de residência das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.....	59
Tabela 6 –	Quantitativo de mulheres gestantes e deficientes entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência no município de Petrópolis em 2018.....	60
Tabela 7 –	Tipos de violência contra mulheres dentro da rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018.....	61
Tabela 8 –	Formas de violência sexual contra mulheres dentro da rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018 e tipificações.....	62
Tabela 9 –	Procedimentos registrados pelo setor de VE diante de violência sexual contra mulheres entre 18 a 59 anos em Petrópolis, 2018.....	63
Tabela 10 –	Local de ocorrência, período do dia e tipo de violência empregada contra mulheres atendidas pela rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018.....	65
Tabela 11 –	Principais bairros de maior ocorrência das situações de violência das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas no setor de VE no município de Petrópolis, 2018.....	66
Tabela 12 –	Tipo de relação do agressor com a mulher entre 18 a 59 anos atendida na rede de enfrentamento à violência no município de Petrópolis, 2018.....	67
Tabela 13 –	Uso de álcool, sexo e ciclo de vida do provável autor da agressão às usuárias entre 18 a 59 anos atendidas nos setores de VE e do CRAM no município de Petrópolis, 2018.....	68
Tabela 14 –	Encaminhamentos de mulheres em situação de violência entre 18 a 59 anos para o CRAM no município de Petrópolis em 2018.....	69
Tabela 15 –	Necessidades apresentadas pelas usuárias no primeiro atendimento no CRAM no município de Petrópolis em 2018.....	69
Tabela 16 –	Encaminhamento das usuárias para a rede de enfrentamento a partir do setor de VE e do CRAM no município de Petrópolis em 2018.....	70
Tabela 17 –	Categoria profissional do responsável pela confecção da notificação compulsória do setor de VE no município de Petrópolis em 2018.....	71
Tabela 18 –	Categoria profissional da responsável pela confecção da ficha de atendimento do setor do CRAM no município de Petrópolis em 2018.	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDAW	<i>Committee on the Elimination of Discrimination against Women</i>
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
COMDIM	Conselho Municipal de Direitos da Mulher
CRAM	Centro de Referência e Atendimento à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DP	Delegacia de Polícia
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FASE	Faculdade Arthur Sá Earp Neto
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública
JECRIMS	Juizados Especiais Criminais
MG	Minas Gerais
NI	Não Informado
NUAM	Núcleo de Atendimento à Mulher
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
RJ	Rio de Janeiro
RO	Registro de Ocorrência
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SPM-RIO	Secretaria de Políticas para as Mulheres – Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJRJ Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
UPA Unidade de Pronto Atendimento  
VIVA Vigilância de Violências e Acidentes  
WHO *World Health Organization*

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2.	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	18
3.	<b>NORTEADORES TEÓRICOS, LEGAIS E INSTITUCIONAIS</b> .....	21
3.1.	<b>VIOLÊNCIA</b> .....	21
3.2.	<b>O CONCEITO DE GÊNERO</b> .....	24
3.3.	<b>VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES</b> .....	28
3.4.	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES</b> .....	30
3.5.	<b>REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHER</b> .....	34
3.5.1.	<b>Vigilância Epidemiológica</b> .....	36
3.5.2.	Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM).....	39
3.5.3.	Delegacias de Polícia.....	40
4.	<b>OBJETIVOS</b> .....	42
5.	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
5.1.	<b>TIPO DE ESTUDO</b> .....	43
5.2.	<b>CAMPO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	43
5.2.1.	<b>Vigilância Epidemiológica de Petrópolis</b> .....	45
5.2.2.	Centro de Referência à Mulher (CRAM) – Tia Alice.....	46
5.2.3.	Delegacias de Polícia de Petrópolis.....	47
5.3.	<b>UNIVERSO PESQUISADO</b> .....	48
5.3.1.	<b>CrITÉrios de Inclusão e Exclusão</b> .....	48
5.4.	<b>INSTRUMENTOS</b> .....	48
5.5.	<b>PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS</b> .....	49
5.6.	<b>QUESTÕES ÉTICAS</b> .....	49
6.	<b>RESULTADOS</b> .....	51
7.	<b>DISCUSSÃO</b> .....	73
8.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b> .....	105
	<b>APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NAS FICHAS DE ATENDIMENTO DO CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER</b> .....	106

<b>ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – VERSÃO 5.1.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 2 - FICHA DE ATENDIMENTO CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER – TIA ALICE.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – ENSP/FIOCRUZ.....</b>	<b>112</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo principal apresentar dados oriundos dos serviços da Rede de enfrentamento à violência contra mulher do município de Petrópolis – RJ como o número de casos, perfil das mulheres e do agressor, características do evento, itinerários percorridos e principais demandas das usuárias. As redes de atendimento a mulheres em situação de violência envolvem diferentes setores como os da assistência social, justiça, segurança pública e saúde; e têm a atuação articulada entre instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade.

O objetivo da rede de enfrentamento é trabalhar nos quatro âmbitos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011): combate, prevenção, assistência e garantia de direitos, visando o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e políticas públicas que possam garantir o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização do agressor e a assistência adequada às mulheres. A rede de atendimento, visa a ampliação e melhoria da qualidade desse atendimento prestado; identificação e encaminhamento correto das mulheres em situação de violência e a integralidade e humanização no atendimento. Os encaminhamentos em rede visam a articulação entre serviços para que se possa ampliar a eficácia e a integralidade do cuidado prestado e promover proteção às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2016).

Em sua constituição a Lei nº 11.340 de 2006, conhecida por Lei Maria da Penha aponta a importância e a necessidade de ações multiprofissionais na rede de atendimento e enfrentamento à violência contra a mulher, mas não basta a existência de serviços se esses não dialogarem entre si, se houver lacunas no fluxo de atendimento ou até mesmo desconhecimento dos equipamentos da rede por parte dos profissionais. É necessário não só que exista uma rede intersetorial de atenção a mulheres em situação de violência, mas que essa seja de conhecimento dos profissionais, como apontado por Schraiber e d'Oliveira (2003). Essa falta de articulação efetiva entre a rede de atenção à mulher faz com que os serviços não sejam acionados e não trabalhem por um objetivo comum, falhando em encaminhamentos e em um sistema de referência e contra referência das mulheres atendidas. De acordo com BRASIL (2016) os profissionais que compõem a rede de atendimento e enfrentamento à mulher em situação de violência, nas mais distintas esferas, devem planejar ações que garantam os direitos e a autonomia da mulher, assegurando um cuidado integral e humanizado.

A violência contra as mulheres, nas mais diversas formas com que pode ser apresentada (física, psicológica, patrimonial, sexual e/ou moral), foi considerada durante a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) como violação dos direitos humanos e como questão de saúde pública (BRASIL, 2011). Vale ressaltar que o uso do termo “mulheres” neste trabalho é intencional. Objetiva-se ressaltar que a categoria “mulher”, no singular, invisibiliza as diferentes mulheres que sofrem violências e as nuances que estas violências assumem de acordo com distintos marcadores sociais, sejam eles, raça/etnia, orientação sexual, classe social, dentre outros. Dois anos depois, a *World Health Organization* (WHO), durante a *Global Consultation on Violence and Health*, definiu violência como o uso intencional da força física ou do poder contra si ou com outros, tendo a possibilidade de resultar em algum agravo físico e/ou psicológico (DAHLBERG e KRUG, 2006). Além de conceituarem o termo, declararam a violência como um problema de saúde pública, estabelecendo um marco importante quanto à inclusão da temática no setor saúde (MELO, 2015).

De acordo com Barufaldi *et al* (2017) a América Latina está em segundo lugar no registro de taxas mais altas de agressão a mulheres. Em um estudo feito por Barros *et al* (2016) é apontado que embora não existam estatísticas oficiais que revelem a magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 36% das mulheres nas Américas já sofreram algum tipo de violência por seus parceiros.

Aqui no Brasil, entre 2011 e 2015, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou, conforme descrito por Barufaldi *et al* (2017), quase o dobro do número total de notificações de violência, passando de 107.530 para 242.347, 67,1% desse quantitativo foram contra mulheres. Os casos de violência contra mulheres notificados no SINAN em 2011 totalizavam 75.033; em 2015 esse valor cresceu para 162.575; contabilizando 87.542 notificações a mais. As autoras apontam ainda que 54,7% do total de mulheres agredidas e notificadas no SINAN eram negras. Verificaram que 48,1% das agressões ocorreram em casa, 78,4% trataram-se de casos de violência física, praticadas em sua maioria por parceiros ou ex-parceiros (52%) e amigos/conhecidos (13,9%).

Segundo o SINAN, no ano de 2014 ocorreram 106.824 notificações de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil, sendo o Sudeste (50.013

casos) a região com os maiores números. O estado do Rio de Janeiro, terceiro mais populoso do Brasil, contempla 8.141 desses casos.

Em função disso, para apresentar um primeiro diagnóstico fidedigno da situação de violência contra mulheres no município de Petrópolis – RJ e mapear a rede de atendimento e enfrentamento propõem-se este estudo com objetivo de descrever os dados anteriormente descritos oriundos dos equipamentos da rede.

## 2. JUSTIFICATIVA

A temática da violência contra a mulher vem obtendo grande visibilidade no município de Petrópolis. Este é tido pelos Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), conforme Cerqueira *et al* (2018), como um dos lugares mais seguros para se viver no país. Todavia, é o quinto com mais casos de violência contra a mulher do Estado do Rio de Janeiro (SINAN, 2014). Diante deste quadro e da ausência de um sistema que consolide os dados da Rede de atendimento e enfrentamento à mulher em situação de violência no município, esta pesquisa pode subsidiar políticas públicas para o local, além de ajudar a conscientizar os gestores quanto à importância do correto preenchimento de registros de ocorrência/ fichas de notificação de violência pelos serviços da rede.

O Dossiê Mulher de 2018, relatório que traz informações sobre a violência contra a mulher no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2017, aponta o registro de 2.595 casos na cidade de Petrópolis; que representa 7,8% (33.093) do número de registros de violência contra a mulher no interior do Estado do RJ e 2,3% (111.877) do total do Estado. O Dossiê ainda aponta que em Petrópolis 37,3% dos registros de ocorrência são de violência psicológica, 35,5% física, 17,1% moral, 5,9% sexual e 4,1% patrimonial (ISP, 2018).

De um ponto de vista pessoal, meu interesse pela temática da violência contra a mulher surgiu ainda na formação acadêmica durante a realização do trabalho final de conclusão de curso de Enfermagem na Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE), concluído em 2015. Na época, a relação da violência e os impactos na saúde já me chamavam atenção. Como campo prático para o desenvolvimento daquele trabalho, escolhi o Centro de Referência em Atendimento à Mulher (CRAM) – Tia Alice, onde permaneci por um ano. A partir de então, comecei a fazer parte da Comissão de Acidentes e Violências da Vigilância Epidemiológica, do Grupo de Trabalho de Violência Doméstica do Gabinete da Cidadania e do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher. A vivência nesses locais possibilitou um contato direto com casos de violência contra a mulher, compreensão da rede de atendimento a mulheres em situação de violência e fazer reflexões acerca do fluxo de atendimento e deficiências na qualidade e integralidade deste.

Durante a realização da residência, iniciei busca por dados para traçar estratégias de trabalho como enfermeira na comunidade em que atuava. Notei então uma grande

dificuldade para obtenção de números fidedignos quanto ao total de mulheres em situação de violência em Petrópolis e sobre o perfil das mesmas. A rede, com diversos equipamentos especializados e não especializados, existente na cidade de Petrópolis não funcionava com um fluxograma e/ou de maneira articulada. Esta falta de articulação entre os serviços fere inclusive o Plano Nacional de Enfrentamento a violência contra mulher (Brasil, 2011) e a Lei Maria da Penha (2006) que afirmam em diversos momentos a necessidade do trabalho em rede para a garantia de um atendimento integral e de qualidade à mulher.

O levantamento dos dados estatísticos da cidade de Petrópolis sobre a violência é realizado de forma fragmentada a partir de três fontes: Vigilância Epidemiológica (por meio de ficha de notificação do SINAN), Delegacias 105 e 106 DP (por meio do Registro de Ocorrência) e CRAM (ficha de atendimento). Em nenhuma das fontes existem arquivos eletrônicos, sendo essencialmente confeccionados à mão e guardados em formato de papel. Não existe qualquer perfil ou estudo na cidade que compare os dados das fontes de informação existentes.

Esta pesquisa se justifica, portanto, pela magnitude do problema de violência contra as mulheres e a ausência de dados sistematizados no município de Petrópolis que possam nortear as ações relativas à proteção das mulheres. Esta ausência e suas consequências foram perceptíveis durante minha atuação profissional.

Durante o levantamento bibliográfico realizado para a confecção desta pesquisa, foram encontrados 262 artigos nas bases de dados utilizadas (Portal BVS, *Web of Science*, *Pubmed* e *Scopus*) com os termos de busca em Português do Brasil e Inglês: violência de gênero, violência contra mulher, violência doméstica, tentativa de homicídio, feminicídio, Lei Maria da Penha e atenção à saúde, rede intersetorial, rede de enfrentamento, rede de atendimento, rede de apoio, sistema de apoio psicossocial, redes de apoio social, sistema de apoio psicológico, sistema de apoio social. Do total encontrado, refinaram-se os resultados para que correspondessem ao objetivo pretendido neste estudo, ou seja, violência contra mulher e a articulação em rede. Com isto, foram listados 77 artigos, por meio dos quais notou-se a necessidade de outros estudiosos em tentar solucionar, dar visibilidade e dimensionamento a rede de atendimento e enfrentamento a violência contra mulher, bem como em ressaltar a qualidade da assistência prestada e as dificuldades

encontradas pelas mulheres e profissionais que atuam nos diversos equipamentos que compõem essa rede.

### 3. NORTEADORES TEÓRICOS, LEGAIS E INSTITUCIONAIS

No campo de estudos da violência contra a mulher, alguns conceitos ganham centralidade para a análise, tais como, violência e gênero, assim como o entendimento de certos marcos institucionais fazem-se mister, como por exemplo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e a Rede de atendimento à mulher em situação de violência. É sobre estes pontos que esta seção se desenvolve.

#### 3.1. VIOLÊNCIA

A violência é um evento pandêmico e considerada como um problema de saúde pública (DAHLBERG e KRUG, 2006). Como mencionado anteriormente, a OMS entende violência como:

Uso intencional de força física ou poder de forma real ou com ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou um grupo ou comunidade que resulte, ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (DAHLBERG e KRUG, 2006, p. 5).

Já a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001) optou por definir violência de forma mais ampla ao afirmar que seria:

Evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (BRASIL, 2001, p.7).

Melo (2015) considera a perspectiva da Política mais interessante porque consegue traduzir melhor as amplas dimensões em que a violência se instaura ao fazer referência ao nível micro (das relações interpessoais) e ao macroestrutural (como o exercido por classes sociais e mesmo nações). Tal diferenciação pode refletir, principalmente no âmbito da saúde, na atuação mais abrangente e pautada sobre os determinantes sociais.

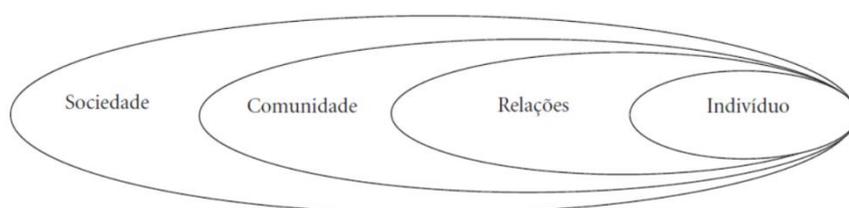
Em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), a OMS divide a violência em três grandes categorias baseadas em características daqueles que perpetuam os atos violentos, são elas: 1) violência auto-inflingida, que se subdivide em comportamento suicida, pensamentos, tentativas de suicídio e suicídio; e agressão auto

infligida, atos como a automutilação; 2) violência interpessoal, que se ramifica em violência de família e de parceiro íntimo, ocorrendo normalmente nos lares; e em violência na comunidade, fora dos lares; 3) violência coletiva, dividida entre violência social, crimes de ódio realizados por grupos, atos terroristas; política, guerras e violência do Estado; e econômica, ataques de grandes grupos motivados por interesses econômicos, criando divisão e fragmentação econômica (DAHLBERG e KRUG, 2006).

Quanto a natureza dos atos violentos, a OMS subdividiu-os em quatro grupos: físicos, sexuais, psicológicos e relacionados à privação ou ao abandono. Esses grupos ocorrem em cada uma das três categorias especificadas pela OMS e descritas acima, como tipos de violência (DAHLBERG e KRUG, 2006).

A OMS (2002) propõe ainda uma maneira de examinar as raízes da violência dentro de um modelo ecológico, que auxiliaria na compreensão de sua natureza multifacetada e na abordagem para sua prevenção. Nesse modelo não haveria um único fator que explicasse porque certos indivíduos ou comunidades se comportam de forma mais violenta que outros, mas sim, observa a violência como resultado de uma complexa interação entre fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. O modelo considera a violência como um resultado da influência de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, no comportamento.

**Figura 1** - Modelo ecológico para compreender a violência.



Fonte: OMS, 2006.

O nível um, do indivíduo, identifica fatores biológicos, história pessoal, demográficos e demais características do indivíduo que aumentem as chances de ele ser uma possível vítima ou agressor. O nível dois, das relações, explora as relações sociais mais próximas tendo o entendimento de que os indivíduos estão em uma ligação contínua. Companheiros e membros da família são modelos de comportamento para o indivíduo, de acordo com Dahlberg e Krug (2006). O terceiro nível analisa os contextos

comunitários onde essas relações estão inseridas, escola, trabalho, comunidade; busca as características associadas ao cenário que possam intervir no fato de indivíduos tornarem-se vítimas ou agressores. O último nível, o quarto, examina fatores significativos para a sociedade que propiciam um clima aceitável para que ocorra a violência. Dahlberg e Krug (2006) dão como exemplo políticas de saúde, de educação, econômicas e sociais que mantêm níveis de desigualdade como normas culturais que caracterizam a violência como a forma para resolver conflitos; atitudes que não considerem o suicídio como um ato de violência evitável; normas que deem prioridade a direitos dos pais sobre os da criança; normas que insuflam o machismo na sociedade; normas que apoiem o uso da força da polícia sobre os cidadãos e normas que apoiem conflitos políticos (DAHLBERG e KRUG, 2006).

O modelo ecológico enfatiza a interação entre fatores de risco que operam do nível individual até os níveis mais amplos, ele mostra como a violência pode ser causada por diversos fatores em diferentes etapas da vida (DAHLBERG e KRUG, 2006). Para Minayo (2006) a violência, em um imaginário social, é vista como intrínseca às sociedades e reflexo de interações entre pessoas, da comunicação e da luta por poder.

De acordo com Minayo (2007), a violência estrutural definida pela autora como “às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras (MINAYO, 2007; p.32)”; quando naturalizada, se torna campo fértil para o nascimento das mais diversas formas de relações violentas.

Uma dessas formas é a violência cultural, “expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos que se tornam naturalizados (MINAYO, 2007; p.33)”. Minayo (2007) diz que a violência cultural trata sobre formas de pensar e agir que se tornam majoritárias e tidas como certas, concomitantemente, pensamentos e ações diferentes dessa ordem vigente tendem a ser rechaçados com discriminações e preconceitos prejudicando, oprimindo e/ou eliminando os diferentes. Dessa forma, são criados os grupos considerados vulneráveis, como o das mulheres. À forma de opressão às mulheres é dado o nome de violência de gênero.

### 3.2.O CONCEITO DE GÊNERO

Em meados dos anos 1970, acadêmicas feministas incorporam o conceito de gênero em suas análises com o intuito de dividir de uma vez por todas o sexo, advindo de uma abordagem biológica, do gênero, que seria construído a partir de traços históricos, sociais e políticos (MATOS, 2015). A forma, portanto, com que homens e mulheres se comportam em sociedade é compreendida como um processo de aprendizagem sociocultural de gênero, que delimita como homens e mulheres devem agir segundo prescrições já estabelecidas para cada sexo. Vale ressaltar que até mesmo a associação entre sexo e biologia já vem sendo contestada por autores como Paul Preciado (2014). Apesar de instigante, esta discussão escapa aos objetivos deste trabalho.

Matos (2015) afirma que a base para o estabelecimento do conceito de gênero na sociedade é formada por uma supremacia patriarcal, masculina e heterossexual. Para Saffioti (2004) a sociedade patriarcal seria um lugar onde homens, através de um pacto, garantissem a opressão às mulheres. Os homens, por meio de suas relações hierárquicas, solidariedade masculina e a capacitação dos outros homens, manteriam o controle sobre as mulheres e seus destinos como categoria social. Dentro da sociedade patriarcal, as mulheres são meras reprodutoras de herdeiros (as) e da força de trabalho, objetos de satisfação sexual. O fenômeno dominação-exploração faz com que o corpo da mulher e sua função social sempre sejam ditados e controlados por mãos masculinas (SAFFIOTI, 2004, p. 106).

Neste sentido, vale lembrar Le Breton ao afirmar que a corporeidade é sempre carregada de sentido social. A compreensão do corpo, suas representações, modos de uso e de senti-lo, sua percepção, padrões e funcionamento variam ao longo do tempo, de acordo com cada sociedade. Ao mesmo tempo em que é o que limita, caracteriza particularidades, também é um meio de inserção e interação das pessoas com o ambiente de outrem (LE BRETON, 2010). Conforme Roiz (2010), durante a Idade Média, a filosofia cristã transforma o pecado original em pecado sexual, o que instiga o controle da sexualidade das mulheres. Já no final do século XIX começa-se a pensar sobre o poder social sobre os corpos, as diferenças culturais, de gênero, classe e raça que tanto marcam quanto moldam os corpos.

A ideologia do patriarcado associa a mulher ao corpo, ao biológico e o homem, à razão. Com isso, às mulheres atribuiu-se irracionalidade, fragilidade e inferioridade. Aos homens, racionalidade, controle, coragem, força, superioridade. Tais atributos valorativos ensejam, portanto, uma hierarquia entre os gêneros, sendo o corpo feminino historicamente perpassado pela dominação (CORBIN, COURTINE e VIGARELLO, 2008). Não à toa, o movimento feminista luta para que haja autonomia das mulheres diante de seus corpos, no que tange a questões de reprodução, padrões estéticos e violência sexual. Neste sentido, o corpo tem sido problematizado dentro de três categorias: (1) feminismo igualitário, onde o corpo da mulher é biologicamente determinado, a maternidade pode ser um limitador de acesso ou uma oportunidade para experiências especiais; (2) construcionismo social, onde o corpo não é considerado opressor de si, mas os valores atribuídos a ele; e (3) diferença sexual, onde é questionada a essencialização do corpo, já que é permeado essencialmente por significados e representações políticas, sociais e culturais (GROSZ, 2000).

As ciências humanas, de acordo com Matos (2015), postulam que essas diferenças de gênero são interpretadas, em uma lógica política e social, para atender aos interesses dos grupos dominantes. Não existe um padrão de comportamento de gênero, são os seres humanos que definem as regras para essa classificação e reproduzem formatos de hierarquização social e política, que estabelecem parâmetros para convivência ou segregação social (MATOS, 2015).

O sexo anatômico, biológico, não é o fator que define os sentidos das ações humanas, são as culturas humanas em suas relações políticas que criam padrões de comportamento (MATOS, 2015). A construção do gênero na sociedade é relacional (SCOTT, 1995), existe em função do outro; sendo assim, tanto o processo de dominação quanto o de emancipação envolvem relações de conflito e poder entre homens e mulheres. A construção social do gênero deve considerar a estrutura econômica, cultural e social (SCOTT, 1995). Não à toa, Scott ao inventariar como o termo “gênero” foi sendo apropriado pelos estudos de mulheres e sua potencialidade para os estudos históricos, chega a afirmar que “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. O gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p.15), a partir das quais os atributos ditos masculinos foram considerados superiores aos femininos.

Voltando no tempo, é possível perceber que a concepção de gênero como constructo social já se encontrava no pensamento, por exemplo, de Simone de Beauvoir. Na década de 1950, em seu brilhante trabalho “Segundo sexo”, a autora, apesar de não fazer uso do termo gênero, já ressaltava que o “ser mulher” - as características, as expectativas e o seu lugar na sociedade - a ela eram impostos. Portanto, gênero não seria um fator biológico, mas um constructo social onde cada sociedade determina padrões e comportamentos. A autora chega a afirmar que:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam o feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um *Outro* (BEAUVOIR, 1980, p.9).

Para Beauvoir (1980), o corpo é a forma com que meninos e meninas vão compreender o mundo, e não através das partes sexuais. Ambos os sexos exploram o corpo com a mesma curiosidade e indiferença, recorrendo aos mesmos artifícios para obterem atenção e amor dos adultos.

A feminilidade das mulheres não é, portanto, um dado biológico, mas um destino que imposto por seus educadores e pela sociedade para que cumpram um determinado papel social. Aos meninos é ensinado que seu corpo é um meio de dominação e que esse mesmo corpo é o instrumento para alcançar o que lhe é desejado. Às meninas, que elas são um “ser-outro”, onde para agradar é preciso querer agradar; são tratadas como bonecas vivas e sem liberdade (BEAUVOIR, 1980).

A sociedade e seus costumes opõem-se a que as meninas sejam tratadas da mesma forma que os meninos. As mães ou responsáveis inserem as meninas no dito “mundo feminino”. Para uma menina ser graciosa ela é ensinada a não agir como um menino. Elas projetam a recompensa para o futuro, consolam a superioridade dos meninos com o destino de mulher (BEAUVOIR, 1980).

A autora (BEAUVOIR, 1980) afirma que as intervenções e influências dos outros na vida da criança começam quase que de forma imediata e logo em seus primeiros anos sua vocação lhe é insuflada. É a partir dos olhos do outro que é capaz de se revelar como um ser. Segundo Adler (sem data *apud* Beauvoir 1980) é a valorização dada pelos pais e pelo ambiente que confere ao menino a soberania e superioridade e para a menina, a inveja e frustração.

O trabalho de Rodhen (2004) colabora com o pensamento de Beauvoir ao identificar a instituição médica como promotora de uma ideologia que identifica o corpo da mulher com seu lugar na sociedade. Esta autora faz uma análise sobre a preocupação dos médicos, tradutores da natureza, em delimitar o papel de homens e mulheres a partir do final do século XVIII. Os médicos acreditavam que seria somente durante a puberdade que o processo de diferenciação sexual teria seu início e caso não ocorresse de forma eficiente, sendo bem administrado, influências do meio poderiam prejudicar ou impedir que o amadurecimento sexual e reprodutivo de homens e mulheres atingisse o limiar adequado e esperado.

No caso das mulheres, Rodhen (2004) identificou que as mulheres eram consideradas “perfeitas” de acordo com sua capacidade em ser mãe. Influências “erradas” poderiam convertê-las tanto no campo moral, quanto de forma física; tendo ideias emancipatórias e na má formação dos órgãos reprodutivos, respectivamente. As mulheres não seriam naturalmente dotadas para o desenvolvimento intelectual e focar-se nisso poderia colocar em risco a maternidade, o que era dado como seu destino.

Haveriam semelhanças em todas as mulheres, mas distinções dependendo de sua classe social e raça; tais diferenças serviriam à hegemonia da classe média. O modelo de uma mulher essencialmente diferente justificava formas de organização social e também tinha usos políticos, pois afastava todas as mulheres de lugares públicos, mas as não burguesas poderiam/deveriam trabalhar, por salários menores do que o dos homens; nenhuma mulher tinha capacidade intelectual, mas as de classe mais alta saberiam apenas o suficiente para “abrilhantar” a vida de seus maridos. Era dado somente o mínimo necessário para a garantia da reprodução, regulação dos papéis sociais e controle dos corpos femininos (RODHEN, 2004).

Para Matus (1995 *apud* RODHEN, 2004) a persistência nos textos médicos do século XIX sobre as influências externas nas diferenças sexuais masculinas e femininas fazia com que a relação da cultura e do meio ambiente com o corpo precisasse ser regulada. Havia mais textos sobre a reprodução e sexualidade feminina do que a masculina, pois estas demandavam uma atenção especial, na medida em que eram apenas vistas como corpos reprodutivos. Os médicos tinham suas concepções influenciadas por aquilo que percebiam como natural e por suas visões de mundo. Os médicos prescreviam de acordo com funções sociais relativas aos homens e às mulheres. Para eles, a natureza

já havia estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir. A fala dos médicos legitimava que permanecessem diferenças significativas nas relações de gênero, o que acabava por refletir na ocupação dos espaços públicos por mulheres (RODHEN, 2004). Muitas destas prescrições já foram deslegitimadas pela Medicina. Todavia, a forte associação da mulher ao papel de reprodutora, como sua função primeira, permanece até os dias atuais e parece se revelar em outras prescrições como, por exemplo, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade dos bebês, preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Apesar de se reconhecer aqui o valor desta prática, ela desconsidera significativamente a realidade das mulheres (BADINTER, 2011).

### 3.3. VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência contra as mulheres, conforme descrito por Cassab (2015), pode se apresentar com muitas denominações como violência intrafamiliar, violência conjugal, violência de gênero, violência doméstica, entre outras; essa variedade retrata a complexidade do problema e acaba por dificultar análises sobre o fenômeno e ações quanto ao seu enfrentamento. Heise *et al* (1994) afirmam que a amplitude do conceito dificulta ações efetivas dos entes responsáveis por enfrentar a violência de gênero.

Para Cassab (2015) a violência de gênero expressaria as relações desiguais entre homens e mulheres atravessadas por dominações realizadas por poder, coerção e/ou força. Bandeira (2009) afirma ainda que a violência é uma estratégia de controle do corpo feminino. Quando Beauvoir (1980) afirma que nos tornamos mulheres, trata-se de um processo de violência oculta representada por um mito sobre o que seria o universo feminino, a feminilidade, o lado maternal e que se esconde através da dedicação, passividade, altruísmo e generosidade atribuídas historicamente às mulheres e que naturalizam a violência.

Da mesma forma, a carta magna dos Direitos da Mulher, confeccionada durante a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979 e ratificada pelo Brasil em 1984, reconhece a violência contra as mulheres como:

Manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, que conduziram ao domínio e à discriminação das mulheres por parte dos homens e impediram

o progresso pleno das mulheres, e que a violência contra as mulheres constitui um dos mecanismos sociais fundamentais através dos quais as mulheres são forçadas a assumir uma posição de subordinação em relação aos homens (CEDAW, 1979).

Relacionando este conceito com o de sociedade patriarcal de Saffioti (2004), infere-se o quanto a dominação masculina se sobrepõe às mulheres de maneira violenta para garantir que seu controle, poder e regulação sobre elas não seja destituído. Não é da vontade da sociedade patriarcal que mulheres possam progredir dentro das funções sociais e históricas às quais foram designadas, por isso, os conflitos gerados a partir de comportamentos outros que não os de submissão.

De acordo com Beauvoir (1980), aos homens, desde pequenos, é permitido solucionar conflitos através da violência, enquanto às mulheres a violência é tida como “feia” e não-natural. Em ambos os casos, os sexos são afetados por fatores sociais, históricos e culturais que lhes são ensinados desde a infância. Porém, Beauvoir (1980) afirma que meninos e meninas inseridos em uma sociedade com ideais previamente estabelecidos são influenciados em níveis e significados diferentes. Tal construção social, repassada por gerações, legitima a posição de agressores e vítimas (BRASIL, 2016). Correlacionando com a teoria existencialista, a ameaça da situação de sujeito do homem perante o fracasso, falta de poder e/ou falta de diálogo faz com que sinta a necessidade de dominar e transformar a mulher em objeto (MOTTA *et al*, 2000), bem como perpetua atos violentos com intuito de reaver sua posição de superioridade na relação (CASSAB, 2015).

A violência contra a mulher tem vários fatores relacionados, tanto para o agressor, quanto para a vítima. No III Relatório Internacional de violência contra a mulher por parceiros íntimos (ESPLUGLES *et al*, 2010) são descritos como fatores sociais que propiciam a violência, no que tange às vítimas, a falta de apoio social e o escasso apoio institucional; e para os agressores, a existência de instituições (escolas, trabalho, judicial) que reproduzem um modelo de relação vertical, autoritário e sexista; e a existência de instituições e de um ambiente social que reduzem a importância e/ou justifiquem o comportamento violento na esfera pública e privada.

O III Relatório Internacional de violência contra a mulher por parceiros íntimos (ESPLUGLES *et al*, 2010) aponta ainda fatores familiares, como uma estrutura familiar

rígida, a forte adesão para estereótipos de gênero, a distribuição de tarefas familiares de acordo com papéis de gênero; e baixa autonomia dos membros da família. Como fatores individuais é exposto que qualquer mulher estaria suscetível a atos violentos pelo fato de ser mulher; que não haveria fatores de risco característicos para as vítimas, embora a dependência econômica e uma visão extremamente romântica das relações amorosas possam contribuir, se não na origem, para manter uma relação violenta com parceiros íntimos. Giddens (1993) afirma que o amor romântico é um amor feminilizado e ligado a subordinação da mulher ao lar e ao seu isolamento do mundo exterior; ele pode terminar em tragédia e se alimentar da transgressão, a mulher se apoia no companheiro, o idealiza e projeta um desenvolvimento futuro. No caso dos agressores, destacam-se a interiorização de um modelo de masculinidade rígido e estereotipado; de uma educação baseada no valor da disciplina e sexista, voltada para a misoginia, insegurança, impulsividade e hipercontrole; e o abuso de substâncias tóxicas (ESPLUGLES *et al*, 2010).

Cassab (2015) afirma que a maior incidência dos casos de violência contra a mulher ocorre em seus próprios lares, por seus maridos, namorados e companheiros. Quanto mais são consideradas frágeis e quanto maior a dependência por recursos de seus parceiros, mais elas atribuem importância a eles e ao lar. Netto *et al* (2014) afirmam que como consequências advindas da violência, as mulheres têm comprometimentos na conservação de sua energia, integridade estrutural, pessoal e social apresentando distúrbios físicos, psíquicos e emocionais influenciando de forma negativa sua autoestima e seu estado de independência.

#### 3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

As políticas públicas seguem a lógica do compromisso social e são uma forma de interação entre o Estado e a sociedade civil, onde demandas são transformadas em diretrizes e protocolos norteadores de ações (SANTOS e AGOSTINI, 2015). A inserção das questões de gênero e sua articulação com as políticas é recente. Historicamente, eram desenhadas e aplicadas por aqueles que detinham o poder na sociedade: os homens; as mulheres, então, não estavam presentes na formulação, tomada de decisões e nem como destinatárias das mesmas. O fato das políticas públicas não serem neutras, faz com que

se acentuem as desigualdades de gênero, refletindo, dessa forma, em relações hierárquicas e altos índices de violência contra as mulheres (BANDEIRA e ALMEIDA, 2015).

Os direitos das mulheres, vinculados a autonomia e liberdade inerentes a essas, não os são naturalmente dados, mas advindos de intensas lutas dos movimentos feministas, reclamados por mulheres diversas. Hoje esses direitos ainda são desconhecidos por muitos e ignorados por outros tantos. No Brasil e no mundo, os direitos das mulheres, mesmo formalizados em leis e tendo sido implementados dentro de políticas públicas em múltiplos setores, ainda não são efetivamente respeitados e estão constantemente sobre ameaças (MATOS, 2015).

Os movimentos feministas denunciaram o Estado brasileiro pela omissão diante da violência que acometia mulheres como um atentado aos direitos humanos (OLIVEIRA, 2015) e foi através disto que formatos de assistência à mulher em situação de violência foram formulados, baseados na desnaturalização, a não individualização e privatização da violência. Para o enfrentamento da violência contra as mulheres o Estado e a sociedade devem unir forças na prestação de assistência adequada, o que significa articular ações em âmbito cultural, institucional, familiar e individual que possam transformar valores por meio da criação de políticas públicas (SCHRAIBER, HANADA e D`OLIVEIRA, 2010). O Estado brasileiro conta hoje com uma gama de aparatos legais como Políticas, Programas, Protocolos e portarias de enfrentamento a situações de violência em múltiplos setores da assistência, inclusive na assistência às mulheres (OLIVEIRA, 2015).

A violência de gênero, de acordo com Minayo (2007), tem sido pauta do movimento feminista e do Ministério da Saúde, na criação de políticas públicas e na tentativa de dar maior visibilidade ao tema para que se modifique a cultura de naturalização de abusos, maus tratos e opressões. Com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (2003) e com a construção de dois Planos Nacionais de Políticas para Mulheres, a questão do enfrentamento à violência ficou muito mais evidente e consolidada como um eixo intersetorial e prioritário.

Em 2006 foi sancionada a Lei 11.340, denominada como Lei Maria da Penha que define “violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2016, p.214)”. A Lei cria diversos mecanismos,

como tribunais especializados e assistência psicossocial para as vítimas, impede a aplicação de penas alternativas e possibilita a prisão preventiva e a prisão em flagrante de agressores. A Lei Maria da Penha apresenta uma das mais avançadas legislações sobre violência doméstica do mundo (UNWOMEN, 2011).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), lançado em 2007, foi parte da Agenda Social do Governo Federal (Brasil, 2011) e consiste em uma estratégia de integração entre governo federal, estadual e municipal, no que tange às ações de enfrentamento à violência contra mulheres. Ele surge em meio a uma agenda de Estado, onde a produção do sujeito político do feminismo no país está sendo difundida e diversificada, potencializada pelos movimentos sociais que já têm a temática da violência inserida em suas pautas. Com isso, pode-se afirmar que há uma mudança na percepção e enfrentamento à violência por parte da população (FACCHINI e FERREIRA, 2016).

Segundo a Secretaria de Políticas para Mulheres (BRASIL, 2011) em sua Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, os profissionais devem trabalhar em quatro dimensões: prevenção, combate, assistência e garantia de direitos. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres surgiu no ano de 2011, tendo como foco principal o enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher, a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno, explicitando os fundamentos conceituais e políticos para prevenção, combate e enfrentamento a esse tipo de violência, bem como para a assistência às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

A política ainda almeja, dentre seus objetivos, reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional e proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento (BRASIL, 2011).

No ano de 2011, de acordo com Facchini e Ferreira (2016), em concomitância com o advento da internet e das redes sociais, que passaram a ser *locus* pedagógico sobre a violência de gênero e as formas de visibilizá-la, começam a surgir ocupações de espaço público coordenadas por redes feministas. Alguns eventos, como a Marcha das Vadias, se tornaram parte de um calendário de ações voltadas para a garantia de direitos e prevenção de violências. Contudo, para a real efetivação da política seriam necessários vários setores envolvidos, visto que a violência é multifatorial (BRASIL, 2011).

Em 2015, foi sancionada a Lei nº 13.104 de 9 de março, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos (BRASIL, 2015). Feminicídio é quando o homicídio ocorre devido à razão do gênero da mulher e não abarca apenas as situações ocorridas no ambiente doméstico e familiar. A legislação é uma das formas de enfrentamento às desigualdades de gênero no país (MENEGHEL e PORTELLA, 2017).

Planejadas à nível federal, estadual e municipal, os “programas de enfrentamento a violência são ações e estratégias de prevenção, proteção e intervenção (COSTA, 2015)”, a partir do reconhecimento das demandas sociais. No campo da saúde são priorizadas as reduções das violências e seus agravos, contemplando medidas de promoção a saúde, prevenção de ocorrências e tratamento das vítimas (BRASIL, 2002).

Dentro das diretrizes do programa são necessárias a articulação da rede de atenção integral às pessoas em situação de violência, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção para os grupos vulneráveis, a notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados, educação permanente dos profissionais acerca da temática, levando em conta o diagnóstico territorial do local ao qual a assistência é prestada (BRASIL, 2005).

Os programas de enfrentamento da violência visam a articulação de diversos setores na formulação de redes institucionais e interdisciplinares nos âmbitos federal, estadual e municipal que conversem com a sociedade civil (MINAYO, 2006). Com isso, o enfrentamento à violência é de responsabilidade de toda a comunidade e setores da sociedade (COCCO e LOPES, 2010).

A confecção de protocolos para o enfrentamento da violência vem sendo motivada pela necessidade pungente em padronizar a assistência prestada a esse público, dar visibilidade à violência e diminuir as dificuldades encontradas pelos profissionais em

identificar e tomar as medidas cabíveis (LOPES, 2015). As políticas, protocolos, diretrizes e demais marcos legais são norteadores para a assistência às mulheres em situação de violência, mas não têm se mostrado suficientes para a preparação dos profissionais ao lidar com os casos de violência (LOPES, 2015).

### 3.5. REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

No Brasil e no mundo, conforme descrito por Oliveira (2015), foi necessária a ação do movimento feminista para que o modelo de assistência em rede e de forma articulada vigorasse; as mulheres e o movimento feminista denunciaram a violência contra a mulher como questão de direitos humanos e a omissão do Estado em coibir tais atos. Foram criadas e modificadas, impulsionadas por essas mulheres, legislações e serviços que ajudassem a desnaturalizar a violência.

Perante essa exigência e necessidade de setores diversos, segundo Oliveira (2015), e da obrigação em tratar a violência como evento multifacetado, a saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura, justiça, entre outros, construíram a proposta da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e de Enfrentamento à violência contra a mulher.

A rede seria uma forma de organização e articulação baseada na cooperação entre instituições e serviços de diferentes setores que se conhecem e reconhecem (DELZIOVO *et al*, 2015). É disposta de modo a promover autonomia entre os serviços que a compõem (OLIVEIRA, 2001) e tem como um de seus objetivos integrá-los para promover atenção contínua, irrestrita, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2011). O conceito de rede pressupõe que nenhuma instituição é capaz de dar conta sozinha e de forma integral das demandas apresentadas. As redes devem ser configuradas de acordo com a realidade local. Os serviços de saúde têm que identificar os equipamentos que a integram, bem como os de outros setores que possam contribuir; logo após, precisam definir fluxos, mecanismos de acesso e manejo que envolvam sua área de abrangência. A estruturação de uma rede é um processo contínuo de articulação sobre o comprometimento dos serviços que a compõem. Mesmo que a rede não esteja completamente estruturada é possível o encaminhamento e acompanhamento das pessoas, se os profissionais

conhecerem os serviços existentes e por isso a capacitação permanente desses se faz tão crucial (DELZIOVO *et al*, 2015).

A Rede de Enfrentamento é a articulação entre vários setores e as instituições que os compõem: governamentais, não governamentais e comunidade. A rede tem por objetivo desenvolver estratégias e construir políticas em conjunto para a prevenção de violências, visando o empoderamento feminino, a garantia de direitos, a assistência de qualidade e a responsabilização dos agressores. Os objetivos da rede efetivam os eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

Esta rede é constituída por uma multiplicidade de serviços e instituições que devem atuar de forma intersetorial. Com isso, faz oposição à lógica segmentada e desarticulada da gestão pública (Brasil, 2011). A criação de serviços especializados, ou seja, composto por mulheres e com a expertise em atender mulheres, fortalece a rede; mas não passa somente por isso, os profissionais da rede, sejam eles de serviços especializados ou não, precisam ser permanentemente qualificados para a sua atuação. A capacitação constitui uma das ações prioritárias do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2011).

A Rede de Atendimento estaria contemplada dentro do eixo de Assistência/Atendimento da Rede de Enfrentamento, essa seria mais ampla, abarcando todos os eixos da Política Nacional. O Protocolo de Saúde da Mulher (BRASIL, 2016) diz que a rede de atendimento procura melhorar a qualidade da assistência com encaminhamentos adequados visando à integralidade e a humanização do atendimento.

A Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência deve esgotar todos os recursos disponíveis para oferecer a Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência desde o acolhimento com escuta qualificada até o monitoramento/seguimento das mulheres na rede de atendimento, fortalecendo a integração entre os serviços que compõem a rede (BRASIL, 2016, p. 227).

A Rede de Enfrentamento inclui órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero. Já a Rede de Atendimento foca nos serviços especializados ou não de atendimento (BRASIL, 2011). Diversos são os obstáculos encontrados quando as mulheres buscam ajuda, referentes a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços (SAGOT, 2000). A ineficácia institucional, compreendida nas atitudes negativas do setor da saúde, judicial e da assistência social; mais a burocracia, falta de orientação e

a revitimização são apontados como inibidores da decisão de romper com as violências. As mulheres passam por sentimentos de medo, solidão, vergonha e culpa; dentro de atendimentos cheios de desconfiança, acusações e por interrogatórios que desconsideram o poder de decidir sobre seus corpos. São punidas de forma velada, por não saberem cuidar – de forma preventiva – de si mesmas (BERTOLANI e OLIVEIRA, 2010). Villela *et al* (2011) afirmam que tais atendimentos não acolhem as mulheres dentro de suas necessidades e acabam as constringendo, o que reforça não só a violência institucional, mas a interpessoal.

Existem poucos recursos sociais, de saúde e comunitários efetivos quando se trata de romper com a situação de violência contra mulheres (MENEGHEL, 2015). A assistência é prestada de forma fragmentada, havendo maneiras de funcionamento diferentes e conflitantes. Quase exclusivamente, a comunicação entre os serviços se dá através do encaminhamento das mulheres, sem acompanhamento ou com o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência (KISS *et al*, 2007). Delziovo *et al* (2014) pontuam que as equipes de cada serviço precisam identificar seus pares dentro da temática e da abrangência do local de atuação. É preciso que a rede defina fluxos, acesso e manejo dos casos, ao mesmo tempo, os casos de violência, complexos que são, demandam que os profissionais tenham noção de que a assistência deve ser centrada na pessoa atendida, para não reduzir a articulação em rede à um fluxo rígido entre serviços e setores (DELZIOVO *et al*, 2015). O comprometimento das instituições deve ser permanente e monitorado para que seja efetivo.

No Brasil a trajetória das mulheres nos serviços que compõem a rede de enfrentamento a violência tinha sido pouco avaliada (SILVA, 2009). A seguir serão descritos três dos setores aos quais a pesquisa se debruça, são eles a Vigilância Epidemiológica, o Centro de Referência e Atendimento à Mulher e as Delegacias de Polícia.

### **3.5.1. Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica no Brasil se organiza a partir de três grandes sistemas de informações: o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Brasil (SNVE), o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e o Sistema de

Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); esses sistemas serão descritos a frente. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Brasil (SNVE), incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) tem por definição:

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2009, p.18).

O SNVE atua sob o propósito de fornecer informações técnicas atualizadas para os profissionais de saúde, que são responsáveis pelo manejo de doenças e agravos. O serviço de Vigilância Epidemiológica constitui um instrumento para o planejamento, organização e operacionalização de serviços; ele depende dos vários Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que disponibilizam o suporte necessário para decisões e ações de gestores de forma embasada e não de acordo com dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas (BRASIL, 2009).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) visa o controle de algumas doenças e situações de saúde agudizadas de notificação compulsória com base em informações sobre o número de casos segundo semanas epidemiológicas. Suas informações são obtidas através do preenchimento da Ficha Individual de Notificação e da Ficha Individual de Investigação, essa distinta para cada agravo. Sua abrangência geográfica é capaz de captar dados do país, suas regiões, estados e municípios, havendo a possibilidade de processamento de dados por bairros. O sistema tem como principais limitações a subnotificação dos casos e a qualidade de preenchimento das fichas de notificação (LAGUARDIA *et al*, 2004). Implantado gradualmente no país de 1990 até 1993 pelo Ministério da Saúde, o SINAN visa ser um instrumento de informação que garanta a proteção e prevenção e não funciona como forma de denúncia ou punição (DELZIOVO *et al*, 2014).

O sistema ainda pode “oferecer subsídio para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica” (BRASIL, 2018). O uso do sistema, de forma descentralizada, permite que todos os profissionais e a população tenham acesso a informação, pois permite que sejam gerados relatórios detalhados dos casos de violência; a sistematização dos dados permite

que se possa especificar o tipo de violência, perfil das pessoas, prováveis autores, dentre outros detalhes (BRASIL, 2010). O SINAN é importante para definir prioridades de intervenção, além de permitir que sejam avaliados os impactos das intervenções geradas a partir dos dados por ele apresentados, através dele problemas ganham visibilidade e dimensionamento, permitindo assim a criação e fortalecimento de políticas públicas (SALIBA *et al*, 2007).

A partir do ano de 2006, foi estruturado o programa Viva – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, no âmbito do SUS, o sistema tem dois componentes: I) Vigilância contínua capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde; II) Vigilância sentinela (inquérito) por meio de pesquisas por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. O Viva Contínuo usa a ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no SINAN como fonte de informação e o Viva Inquérito, a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (BRASIL, 2016).

Foi sancionada em 2003 a Lei 10.778 que estabelece como obrigatória a notificação de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados, sendo essa de caráter sigiloso. A notificação compulsória abastece o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mas não é importante só para gerar dados, ela serve para acionar os serviços da rede que são essenciais para a proteção da mulher (BRASIL, 2016). Por isso os profissionais devem ter postura ativa e construir alternativas que retirem a mulher da situação de violência e colaborem assim com uma melhora do cenário atual.

Embora a Lei 10.778 (BRASIL, 2003) estabeleça como obrigatória a notificação por profissionais e entidades públicas e privadas, podendo sofrer sanções aqueles que não a cumprirem, sabe-se que mesmo com números alarmantes, a subnotificação existe dentre os profissionais de saúde (KIND *et al.*, 2013). O resultado da análise dos dados da notificação gera inferências que auxiliam um melhor desenho e avaliação da política de enfrentamento a violência contra mulher no local (BRASIL, 2016).

Os serviços de saúde também têm importante papel nos casos de subnotificação, pois são eles muitas vezes as principais portas de entrada onde as vítimas procuram

atendimento (GARCIA, 2016). A maioria dos profissionais alega como razões principais para a não notificação de casos de violência contra a mulher o medo da retaliação, da exposição, do constrangimento por preencher uma ficha com tantos detalhes; desconhecimento da ficha, sua importância e obrigatoriedade; tempo escasso nos processos de trabalho, incerteza sobre os desdobramentos do preenchimento da ficha; visualização da notificação como uma denúncia e o não reconhecimento de que trabalham em locais violentos com mulheres que sofrem violência (KIND *et al*, 2013).

Garcia (2016) afirma que embora os homens sejam os maiores perpetradores de violência, são também eles, as maiores vítimas; com a diferença de que não são invisibilizados nos sistemas de informação em saúde, de segurança pública e da justiça. No caso das mulheres, alguns fatores podem ser colocados como entraves para expor sua situação, como vergonha, dependência financeira, esperança de que o parceiro mude, falta de conhecimento da rede de apoio a mulheres em situação de violência, a ideia de ser responsável pelos atos violentos e a imagem conflitante de alguém que ama seu agressor.

### 3.5.2. Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM)

Os Centros de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) fazem parte da rede de enfrentamento dos casos de violência e têm como principal função romper o ciclo de violência através do atendimento baseado no acolhimento e no protagonismo da usuária não revitimizand-a pela equipe multidisciplinar composta por advogados, assistentes sociais e psicólogos (BRASIL, 2006).

Os CRAM surgiram em meio as diretrizes da Secretaria Nacional de Política para as Mulheres que visava implementar formas de coibir a violência de gênero (BRASIL, 2006). O local prestaria assistência jurídica, psicológica e social para mulheres em situação de violência doméstica, de acordo com a Lei Maria da Penha.

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência atuam na perspectiva de articulação entre instituições governamentais e não governamentais que integrem a Rede de Atendimento. O CRAM além de promover o acesso aos serviços, acompanha e monitora as ações desenvolvidas, sendo um local de referência para a mulher (BRASIL, 2006).

A metodologia de funcionamento e de atendimento é realizada em quatro fases, sendo elas: I) Acolhimento e coleta de informações gerais; II) Orientações à mulher, diagnóstico inicial e encaminhamentos pertinentes; III) Diagnóstico aprofundado e atendimento; e IV) Monitoramento do atendimento e encerramento (BRASIL, 2006).

O atendimento ofertado pauta-se em questionamentos de dominação, opressão, desigualdades e violência sobre as relações de gênero; embora muitas das usuárias não cheguem ao serviço com essa consciência acerca da violência vivida, os atendimentos são voltados para uma promoção da autonomia e da emancipação da mulher frente a essas questões. Os princípios norteadores da intervenção realizada no Centro de Referência são os de atender às necessidades da mulher em situação de violência; defender os direitos das mulheres e responsabilizar o agressor e os serviços; reconhecer a diversidade das mulheres; diagnosticar o contexto onde o episódio de violência se insere; evitar ações de intervenção que possam causar maior risco à mulher; articular com demais profissionais dos serviços da rede; e prover uma gestão democrática com envolvimento de mulheres no monitoramento de ações (BRASIL, 2006).

A divulgação do serviço e a articulação em rede devem ser desenvolvidas através de estratégias diferenciadas que divulguem o equipamento para a comunidade em geral, mas também para o público alvo (as mulheres); para gestores públicos, profissionais dos serviços, Ministério Público, conselhos municipais, organizações governamentais e não governamentais, instituições religiosas e demais entidades do local (BRASIL, 2006).

O CRAM é um equipamento da política pública especial de prevenção e enfrentamento a violência contra a mulher e deve seguir diretrizes gerais em seu funcionamento como a abordagem multidisciplinar, a segurança da mulher e dos profissionais, identificação dos tipos de violência, atuação em rede, recursos humanos e gestão do equipamento, diagnóstico e avaliação da rede de atendimento, formação dos recursos humanos e supervisão (BRASIL, 2006).

### 3.5.3. Delegacias de Polícia

Bandeira (2009) diz que a primeira resposta do Estado às demandas de movimentos feministas que pautavam veementemente melhorias para mulheres em condições de violência foi a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em 1985. Em

1990, houve então a criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIM). Nos tempos atuais, a rede de proteção conta com muitos outros dispositivos especializados e não especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. São alguns deles: Delegacias, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Núcleos de Atendimento à Mulher (NUAM), Defensoria Pública, Juizados Especiais, Conselhos Estaduais dos Direitos das Mulheres, Organizações de Mulheres e a Central de Atendimento à Mulher (180).

Ainda hoje, conforme ressaltado por Lamoglia e Barreto (2015), as delegacias refletem uma sociedade patriarcal que leva os profissionais dos serviços a naturalizar e banalizar a violência contra as mulheres. Então, a mulher que já transpassou inúmeras barreiras para chegar ao local e fazer uma denúncia, muitas vezes não consegue ter seus direitos respeitados e garantidos pela Lei Maria da Penha, (LAMOGLIA e BARRETO, 2015). Segundo Meneghel *et al* (2011) o setor policial tem tido um comportamento negligente na proteção às mulheres em situação de violência. No Brasil, ainda segundo as autoras (2011), o setor policial é o que mais recebe críticas. As usuárias relatam que o atendimento do serviço é voltado somente para a queixa e que tem muita dificuldade de comunicação durante o atendimento (MENEGHEL *et al*, 2011).

Mulheres relatam que alguns dos fatores que dificultam o rompimento da violência são a ineficiência institucional dos serviços, as atitudes negativas dos profissionais que atendem às mulheres em situação de violência, a burocracia, a falta de orientação, a revitimização e a incapacidade da polícia em garantir as demandas de medidas protetivas (MENEGHEL *et al*, 2011). Meneghel *et al* (2011) apontam que a rota das mulheres tem início quando a violência se torna pública, o que geralmente acontece após a realização de um Registro de Ocorrência na delegacia. Pontuações como essa acentuam a problemática de um serviço de qualidade e em rede que vise o empoderamento da mulher e retirada dessa do ciclo de violência vivido.

#### **4. OBJETIVOS**

Objetivo Geral: Analisar os dados de violência contra a mulher oriundos dos diferentes serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis – RJ no ano de 2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar o número de casos de mulheres em situação de violência que chegaram aos serviços/instituições da rede e realizaram registros (Ficha de Notificação do SINAN, Registro de Ocorrência das delegacias e ficha de atendimento do CRAM) no ano de 2018 em Petrópolis;
- Descrever o perfil de mulheres atendidas na rede de atendimento e enfrentamento a violência contra mulheres de Petrópolis em 2018;
- Traçar um perfil do agressor e caracterizar as violências sofridas em Petrópolis, no ano de 2018;
- Conhecer os itinerários das mulheres atendidas em Petrópolis em 2018 e as demandas por elas apresentadas.

## 5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1. TIPO DE ESTUDO

Pesquisa quantitativa descritiva do tipo transversal, cujo objetivo é analisar os dados de violência contra mulher oriundos dos diferentes serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis – RJ no ano de 2018.

Os cenários para realização do estudo serão o CRAM – Tia Alice, no qual foram coletados os dados nos livros de registro de atendimento e nas fichas de atendimento; a Vigilância Epidemiológica, setor responsável pelas fichas de notificação da cidade e através do Dossiê Mulher (ISP, 2019), para coleta dos dados das delegacias de polícia 105 e 106 DP.

### 5.2. CAMPO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Localizada na região Serrana do estado do Rio de Janeiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que em 2018 residiam 305.687 pessoas na cidade de Petrópolis. Conhecida como Cidade Imperial, uma vez que se tornava capital do Império do Brasil durante os verões em que a família real para lá se dirigia. De acordo com o IBGE (2010) 63,5% da população é branca, 25,7% parda, 10,6% negra, 0,4% asiática e 0,1% indígena. Ocupa uma área de 791,144 km<sup>2</sup> e tem cinco distritos. De acordo com o Atlas de Violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), em 2018, Petrópolis foi a cidade mais segura do Estado do Rio de Janeiro, tendo como base a taxa de homicídio calculada a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Petrópolis conta com 10 homicídios por 100 mil habitantes (2016) (CERQUEIRA *et al*, 2018).

A cidade tem uma densidade demográfica de 371,85 habitantes/km<sup>2</sup> com renda média mensal de 2,4 salários mínimos, tendo 28,8% da população uma ocupação. Quanto à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,4%, sendo a maioria das matrículas alocadas no Ensino Fundamental (39.000 matrículas), seguidas por Ensino Médio (11.000 matrículas) e o Ensino Pré-escolar (8.000 matrículas). Com o ensino fundamental incompleto e analfabetos encontram-se 7,8% dos negros e 3,4% dos brancos.

Na cidade, 3,6% dos negros e 16,4% dos brancos são formados no nível superior; desses, com esta a formação superior, 12,5% são mulheres e 12,1% são homens.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município em 2015 era de R\$ 37.636,57 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,745; o da cidade do Rio de Janeiro foi um pouco maior, de 0,799 (IBGE, 2010).

Em 2019, Petrópolis contava com 86 estabelecimentos de saúde, dentre eles: unidades de Estratégia de Saúde da Família (37), Unidade Básica de Saúde (9), Academia da Saúde (4), Consultório na Rua (1), Ambulatório de Especialidades (4), Ambulatório de Saúde Mental (6), Ambulatório de Odontologia (2), Ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis (1), Programa Melhor em Casa (1), unidades de emergência (8), Hospitais públicos (2) e particulares (7) e Vigilâncias (4). Tem uma taxa de mortalidade infantil média de 19,39 para 1.000 nascidos vivos, no Rio de Janeiro essa taxa é de 13,0. As internações por doenças diarreicas são de 0 para 1.000 habitantes. O território apresenta 82,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2010).

A população residente na cidade é majoritariamente católica (170.000 pessoas), seguida por evangélicos (80.000 pessoas) e espíritas (10.000 pessoas) (IBGE, 2010). Em 2015, estimava-se que o total de mulheres que habitavam a cidade eram de 154.303, o que representava 51,8% da população petropolitana (DATASUS, 2015). Na cidade do Rio de Janeiro as mulheres representam 53,2% da população. Das mulheres petropolitanas, 33,8% encontra-se na faixa etária entre 15 e 59 anos de idade.

Como dispositivos da rede de atendimento a mulheres em situação de violência e de enfrentamento a essa violência, a cidade conta com um Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) – Tia Alice, um Núcleo de Atendimento à Mulher (NUAM), um Ônibus Itinerante e o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM); além de toda a rede de saúde composta por unidades da Estratégia de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Centros de Saúde, Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos Socorro e outros. O CRAM realiza eventos durante todo o ano sobre emancipação, afirmação e promoção da autonomia feminina em parceria com a rede. A cidade oficializou no calendário a data de seis de dezembro como o Dia do Laço Branco por meio da Lei Municipal 7.106/2013. A ideia é que os homens se envolvam e se mobilizem no enfrentamento à violência contra a mulher.

Essa Lei Municipal vem em consonância com a Lei Federal 11.489/2007 que faz menção ao evento bárbaro ocorrido no Canadá, em 06 de dezembro de 1989, onde 14 mulheres foram mortas por um homem que dizia não aguentar vê-las estudando em um curso e estando em um ambiente genuinamente masculino. O Dia do Laço Branco acontece a partir da organização de homens, frente a esse evento trágico, dizendo que repudiavam qualquer tipo de violência contra as mulheres. Eles escolheram um laço branco como símbolo e se propuseram a não cometerem atos violentos contra mulheres e não serem negligentes frente esse tipo de violência. A campanha então, se espalhou mundialmente com a proposta de sensibilizar e envolver os homens nas ações de enfrentamento a violência contra as mulheres para que atuassem juntamente aos movimentos feministas, em prol da equidade de gênero e justiça social.

A seguir, serão descritos três dos serviços que fazem parte da rede de atendimento à mulher em situação de violência, os quais foram priorizados visto que foram campo da presente pesquisa.

### **5.2.1. Vigilância Epidemiológica de Petrópolis**

No ano de 2018 a Prefeitura Municipal de Petrópolis inaugurou o Centro de Vigilância em Saúde da cidade onde se encontra o Departamento de Vigilância em Saúde onde são concentradas as ações das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O setor conta com uma superintendente e cada vigilância com um diretor específico. A Vigilância Epidemiológica é composta por programas e assessorias técnicas: divisão de imunização, programa de Tuberculose e Hanseníase, investigação de agravos de notificação compulsória (SINAN) e estatísticas vitais (SIM e SINASC). Cada uma tem uma função própria e através dos dados obtidos em cada divisão é feita a alimentação dos sistemas de informação respectivos que orientam e planejam as ações do município.

A Investigação Epidemiológica de Agravos de Notificação Compulsória é a responsável pela assessoria das situações de acidentes e violências. A investigação ocorre depois da notificação desses agravos. Em 2004, em Petrópolis, foi instituída a Comissão Técnica de Vigilância em Acidentes e Violências, que atua com ações de promoção e

prevenção quanto à implantação, solidificação e manutenção das fichas de notificação nos serviços de saúde do município.

A coordenação do setor de VE também tem como uma de suas funções o assessoramento dos equipamentos da rede intra e inter setorial de saúde no que tange ações e metas. O local é responsável por capacitações dos profissionais da rede, no que concerne a atenção a pessoas em situação de violência, reitera a importância da notificação compulsória, a fim de diminuir os casos subnotificados e trata sobre a necessidade de dados fidedignos no município para o monitoramento da situação de saúde e planejamento de ações.

O setor de vigilância epidemiológica da cidade funciona na mesma casa da coordenadoria de vigilância sanitária de Petrópolis, de segunda a sexta feira. Todas as notificações compulsórias realizadas no município chegam ao local através da rota semanal promovida pela Secretaria de Saúde de Petrópolis nos diversos serviços de saúde.

Em 2011, Petrópolis era a segunda cidade do Estado do Rio de Janeiro com mais casos notificados de violência contra as mulheres; naquele ano houve uma intensa capacitação dos profissionais e monitoramento da rede por parte da Comissão Técnica de Vigilância em Acidentes e Violência. Em uma série histórica, de acordo com dados provenientes do SINAN, o município que durante 2011 (2º - 1.108 casos), 2012 (3º - 1.128 casos), 2013 (4º - 747 casos), 2014 (6º - 379 casos) e 2015 (7º - 294 casos) ocupou as sete primeiras posições no Estado, passou a ocupar a 12º (2016 - 143 casos) e 16º (2017 - 176 casos).

#### 5.2.2. Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) – Tia Alice

Inaugurado em março de 2007, o Centro de Referência e Atendimento à Mulher – Tia Alice foi estrategicamente situado nos fundos do Instituto da Mulher, da Criança e do Adolescente, no Centro da cidade de Petrópolis – RJ. A estrutura física do local é composta por uma recepção, sala administrativa, sala das técnicas (assistente social, advogada e psicóloga), duas salas de atendimento, sala da coordenação, três banheiros, uma sala para reuniões, uma sala para crianças, uma cozinha e um amplo auditório. Além disso, a equipe conta com o apoio de um motorista, um carro e um ônibus que funciona como um “CRAM itinerante”.

O CRAM é atualmente vinculado ao Gabinete da Cidadania. Sua coordenadora participa ativamente do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM), o serviço planeja e desenvolve diversas campanhas (Semana Internacional da Mulher, 16 dias de Ativismo pelo fim da violência contra mulheres; Laço Branco, Semana do Combate e Enfrentamento a Violência Doméstica, entre outras), eventos e realiza orientações no município em empresas, associações, escolas, postos de saúde e afins. A equipe faz parte também de uma Comissão de Acidentes e Violências, coordenada pelo Gabinete da Cidadania e do Grupo de Trabalho de Violência Doméstica, que repensa o fluxo de atendimento de mulheres em situação de violência no município.

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta feira de 08 às 17 horas. No primeiro atendimento são coletados dados para a confecção de uma ficha cadastral das mulheres com informações básicas como: endereço, telefone, nome dos pais, religião, contato de emergência e cor da pele. A partir do segundo atendimento, já com uma das profissionais técnicas, é tipificada a violência e registrada a fala da mulher. Posteriormente são realizados os devidos encaminhamentos para a rede de acordo com a vontade das usuárias.

### 5.2.3. Delegacias de Polícia de Petrópolis

Em Petrópolis – RJ existem duas Delegacias de Polícia (DP) a 105ª e a 106ª, tendo sido instalado na primeira o Núcleo de Atendimento à Mulher (NUAM) em 2012. O NUAM funciona dentro de Delegacias convencionais, vinte e quatro horas por dia. No local trabalham mulheres, dentro de um ambiente idealizado para que a mulher em situação de violência se sinta fortalecida e confortável ao procurar o serviço (ISP, 2015).

Os dados das delegacias de polícia do município foram coletados através de fonte secundária, o Dossiê Mulher do Instituto de Segurança Pública (ISP), isto aconteceu por conta da não autorização para pesquisa no local. O documento traça um panorama da violência contra a mulher no Estado do Rio de Janeiro com o intuito de aumentar a visibilidade e ressaltar a importância do enfrentamento a este fenômeno. O ISP disponibiliza anualmente dados referentes ao perfil das mulheres, características do evento, perfil do agressor e enquadramentos dos registros de ocorrência dentro da Lei.

### 5.3. UNIVERSO PESQUISADO

O presente trabalho de pesquisa foi realizado analisando o universo de atendimentos realizados no Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) – Tia Alice no ano de 2018, os dados de registro de ocorrência das 105ª e 106ª Delegacias de Polícia fornecidos pelo ISP através do Dossiê Mulher e os dados oriundos da ficha de notificação/investigação individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da vigilância epidemiológica.

#### 5.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critério de inclusão foram analisados todos os registros/notificações de mulheres em situação de violência contidas no CRAM - Tia Alice, nas 105ª e 106ª Delegacias de Polícia, através dos dados do Dossiê Mulher; e na Vigilância Epidemiológica, no que se refere ao município de Petrópolis no ano de 2018.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram os atendimentos às mulheres com menos de 18 anos de idade e com mais de 60 anos nos serviços da rede de atendimento e enfrentamento à mulher em situação de violência no município de Petrópolis (Centro de Referência, 105ª e 106ª DP e Vigilância Epidemiológica). Tais critérios foram escolhidos, pois, de acordo com o fluxograma do município, adolescentes menores de 18 anos devem ser encaminhadas inicialmente ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e mulheres com mais de 60 anos, consideradas idosas pelo Estatuto do Idoso e a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, contam com uma Defensoria do Idoso. Caso os serviços não consigam sanar as dúvidas ou resolver as questões das usuárias, elas podem procurar o CRAM, mas não como porta de entrada no sistema.

### 5.4. INSTRUMENTOS

Foram confeccionados formulários para coleta dos dados baseados na ficha de notificação do SINAN (Anexo A) e na ficha de atendimento do CRAM (Anexo B). No caso das delegacias, foram selecionadas as informações relevantes para este trabalho

através dos dados que são disponibilizados no Dossiê Mulher (ISP), documento de acesso público.

Os formulários do SINAN e do CRAM (APÊNDICES A e B), respectivamente, apresentam dados como: data do atendimento, idade, cor, escolaridade, ocupação/profissão, situação conjugal/estado civil, bairro de residência, tipos de violência, relação com a pessoa atendida/relação com o autor, sexo do provável autor da agressão/sexo do autor, evolução da pessoa atendida para outros setores/encaminhamentos, unidade de saúde notificadora e função/responsável pelo primeiro atendimento.

O formulário do SINAN tem como diferencial a questão do “bairro de ocorrência” da violência e o do CRAM, “religião” da usuária, “busca pelo serviço”, para saber se algum outro dispositivo encaminhou a usuária; “estuda”, no momento do atendimento ou não, “autonomia financeira”, “necessidade apresentada” de atendimento; e sobre a realização de “demais registros”. Vale esclarecer que os termos utilizados em cada formulário de coleta de dados desta pesquisa são fidedignos aos empregados nas fichas do SINAN e do CRAM.

## 5.5. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados compreendeu o cálculo das distribuições de frequência simples e relativas. Para a construção do banco de dados foi criada uma máscara de entrada de dados no programa Epidata 3.1. Os dados foram a seguir exportados e analisados no programa SPSS 24.

## 5.6. QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização desta pesquisa foi solicitada autorização do responsável pelo Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) – Tia Alice e da coordenação de Vigilância Epidemiológica do município. Em observância das normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a coleta de dados contou com autorização prévia dos responsáveis.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e foi solicitado a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva, onde os dados obtidos foram tratados de maneira alfanumérica, sem a identificação das usuárias. Os resultados serão apresentados de forma agregada. Obteve-se aprovação sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número 07505819.4.0000.5240, em Fevereiro de 2019 (ANEXO C).

Como benefícios, o estudo apresenta possibilidade de gerar um apontamento para promoção do bem estar físico, mental e social das mulheres do município de Petrópolis – RJ e ao funcionamento da rede de atendimento e enfrentamento à violência contra mulher, visto que o resultado desse trabalho permitirá a análise de dados estatísticos para avaliar o panorama de violência contra mulheres na cidade e poderá ser instrumento para subsidiar a ação de gestores municipais na avaliação dos serviços, fortalecendo e redirecionando as políticas públicas para a pactuação de estratégias de prevenção em conjunto com a rede que serão refletidas em nível micro, nos indivíduos, ao nível macro, sociedade.

## 6. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em quatro blocos a fim de que as variáveis respondam aos objetivos propostos no estudo. Durante a confecção da máscara para coleta de dados e na apresentação dos resultados obtidos trabalhou-se para que as informações fossem apresentadas de forma cruzada entre os serviços pesquisados - Vigilância Epidemiológica (VE), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) e Delegacia de Polícia (DP). Os blocos serão divididos da seguinte forma: Bloco 1 – Número de casos de violência contra mulher na cidade de Petrópolis, de 2014 a 2018; Bloco 2 – Perfil das mulheres atendidas na rede de enfrentamento a violência em Petrópolis, 2018; Bloco 3 – a) Características do evento e b) perfil do provável agressor; e Bloco 4 - Itinerários das mulheres atendidas em Petrópolis e demandas por elas apresentadas.

### **Bloco 1 – Número de casos de violência contra a mulher na cidade de Petrópolis, de 2014 a 2018**

O CRAM é o serviço de referência em casos de violência contra mulher, embora a usuária seja encaminhada para diversos outros equipamentos de acordo com sua vontade e demandas, o Centro de Referência vai ser o local responsável pelo monitoramento dessa mulher dentro da rede de enfrentamento. Por isso, para apresentar os dados coletados, decidiu-se partir deste serviço para a confecção da análise comparativa.

Na Tabela 1 são apresentados os dados relativos à série histórica de mulheres de 18 a 59 anos atendidas no Centro de Referência, nas Delegacias de Polícia e na Vigilância Epidemiológica. Verifica-se na Tabela 1 que os dados apresentados do CRAM de 2014 a 2016 são os mesmos, pois o serviço não tinha os quantitativos anuais, apenas a média de atendimentos por ano, do período referido. Em toda a série histórica nota-se que as Delegacias de Polícia apresentam números muito acima do que os obtidos nos outros serviços, que tem dados que se aproximam um pouco mais.

Percebe-se, de acordo com a Tabela 1, um declínio em 2015 e 2016, com posterior aumento em 2017 e 2018 nos dados da VE e das DPs. No CRAM, tem-se a média em 2014 a 2016, com queda do número de atendimentos em 2017 e uma retomada em 2018. Os anos de 2015 e 2016 representaram uma diminuição do número de atendimentos em

todos os setores. O ano de 2016 teve o menor (2.307) número de atendimento a mulheres na rede de enfrentamento no município enquanto o de 2018 foi o que teve o maior (2.911 casos), sendo as delegacias de polícia o equipamento com mais registros e o setor de vigilância epidemiológica o com menor número de notificações.

**Tabela 1** – Série histórica de mulheres entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis de 2014 a 2018.

Serviço	Ano					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
CRAM	317	317	317	251	288	1.490
VE	369	189	111	287	399	1.355
DP	2.085	1.924	1.879	2.161	2.224	10.273

Fonte: Elaboração própria.

Conforme a Tabela 2, onde é apresentado o quantitativo mensal de atendimentos dentro da rede de enfrentamento à mulher em situação de violência em Petrópolis em 2018, foco deste trabalho, o mês que compreende o maior número de atendimento é o de março (290 casos), seguido por janeiro (288 casos), abril (249 casos), fevereiro e julho (ambos com 248 casos). O mês com o menor número de novas ocorrências é o de junho (180 casos). Percebe-se que os três primeiros meses do ano possuem mais casos registrados no CRAM e na VE. Nas DPs há uma variação maior entre o número de ocorrências mês a mês.

O quantitativo da Vigilância Epidemiológica, por mês, no ano analisado sofre uma pequena alteração dos 365 apontados na Tabela 2. Isso se dá porque 34 usuárias não foram efetivamente atendidas no ano de 2018, mas sim em 2017, só que suas fichas de notificação foram confeccionadas em 2018. Utilizou-se para a confecção da Tabela 2 o número de atendimentos/mês.

**Tabela 2** – Quantitativo por mês de mulheres entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.

Serviço	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
CRAM	32	27	35	24	25	14	23	25	20	19	22	22	288
VE	40	49	44	28	35	18	25	33	34	32	17	10	365
DP	216	172	211	197	158	148	200	176	166	168	205	207	2.224

Fonte: Elaboração própria.

Na ficha de atendimento do CRAM é pontuado se existe ou não um registro de ocorrência e uma ficha de notificação compulsória para o caso. Das 288 mulheres atendidas no serviço no ano de 2018, 211 tinham fichas também no SINAN e 205 também nas DP. Com isso, verificou-se que 160 usuárias haviam sido atendidas apenas no CRAM, 188 somente na VE, 2019 nas Delegacias de Polícia e 128 usuárias haviam percorrido os três serviços da rede (CRAM, VE e DP), o que representa 5,2% do total de 2.495 mulheres atendidas no ano de 2018 pelos serviços citados (dados não apresentados).

## **Bloco 2 – Perfil das mulheres atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher na cidade de Petrópolis, em 2018**

A Tabela 3 destaca as características sócio demográficas (faixa etária, cor de pele e estado civil) das usuárias atendidas. Percebe-se que a faixa etária entre 20 e 29 anos no CRAM (32,3%) e na VE (35,6%) foi predominante, seguida pelas usuárias com 30 a 39 anos, que foram 29,2% e 28,8% das atendidas, respectivamente; já nas DPs os atendimentos eram majoritariamente de mulheres com idades entre 30 a 59 anos (62,1%).

Constata-se na Tabela 3 que a divisão adotada para as faixas de idade pelo CRAM e a VE são iguais, mas o utilizado pela polícia não. A DP agrupa as faixas etárias entre 18 a 29 anos (11 anos) e de 30 a 59 anos (29 anos). Isso acaba dificultando o cruzamento equivalente de dados com as outras bases, visto que na pesquisa não se obteve acesso a cada registro de ocorrência realizado, mas sim ao Dossiê Mulher (ISP). É possível observar na Tabela 3, que o CRAM e as Delegacias tiveram registros não informados (NI) referentes a idades das mulheres atendidas, mas a VE não, pois o sistema não permite a inserção de fichas sem tal informação.

Da Tabela 3 observa-se ainda a distribuição das mulheres atendidas na rede de enfrentamento em Petrópolis segundo cor da pele, nota-se que há um predomínio de mulheres brancas nos três serviços, o que parece relacionar-se com o próprio perfil da população petropolitana feminina entre 18 e 59 anos, que é majoritariamente branca (64,0%). De acordo com o quantitativo de mulheres na faixa etária estudada (IBGE, 2010), as mulheres brancas atendidas no CRAM (139), na VE (192) e na DP (1.229) representam, respectivamente, 0,2%, 0,3% e 2,1% do total de mulheres brancas do município. Em seguida, conforme os dados da Tabela 3, encontram-se as pretas no CRAM (25,7%) e na VE (22,1%) e as pardas nas DPs, com 24,5% dos atendimentos.

Essas mulheres, de acordo com a população de mesma raça do município, representam: pretas, CRAM (0,7%) e VE (0,8%) e pardas, DP (2,4%).

Em relação aos valores obtidos na Tabela 3 sobre a cor da pele, ao analisar quanto cada um representa no total da população de mesma cor do município, nota-se que embora as mulheres brancas tenham sido mais atendidas, elas possuem uma menor representatividade dentro deste grupo no município do que as mulheres pardas e negras. Um cálculo possível é a soma do número de mulheres pardas e pretas atendidas. Neste caso, tem-se resultados muito próximos ao número de mulheres brancas, mesmo sendo um grupo, como já dito, minoritário, correspondendo a menos de 36,0% da população. Em números absolutos, tem-se para mulheres negras atendidas na CRAM um total de 140, na VE, 190 e nas DP, 949.

Os dados apontados na Tabela 3, com relação ao estado civil das mulheres entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento em Petrópolis nas DP (45,4%) e VE (40,4%) demonstram que as usuárias eram principalmente solteiras. Já no CRAM, por sua vez, o maior número estava em “algum relacionamento” (53,5%). Em todos os equipamentos da rede, o menor quantitativo de casos ocorre com as mulheres viúvas, no CRAM (1,0%), na VE (2,0%) e na DP (1,6%).

**Tabela 3** – Características sócio demográficas das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.

Variável	CRAM		VE		DP	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>						
18 – 19	16	5,6	17	4,3	807	36,3
20 – 29	93	32,3	142	35,6		
30 – 39	84	29,2	119	29,8	1.380	62,1
40 – 49	54	18,8	76	19,0		
50 – 59	32	11,1	45	11,3		
NI	9	3,1	0	0,0	37	1,7
<b>Cor da pele</b>						
Branca	139	48,3	192	48,1	1.229	55,3
Preta	74	25,7	88	22,1	403	18,1
Parda	66	22,9	102	25,6	546	24,5
Outros	1	0,3	1	0,3	5	0,2
NI	8	2,8	16	4,0	42	1,9
<b>Estado civil</b>						
Solteira	85	29,5	161	40,4	1.010	45,4
Divorciada/ separada	24	8,3	39	9,8	210	9,5
Viúva	3	1,0	8	2,0	35	1,6
Em um relacionamento	154	53,5	135	33,8	879	39,5
NI	22	7,6	56	14,0	89	4,0

Fonte: Elaboração própria

Apenas o CRAM, em 42,0% dos atendimentos, registrou dados com referência à religião das mulheres. Dentre as mulheres, a maioria eram evangélicas (43,8%,) seguidas por 33,1% de católicas e 14,9% sem religião (dados não apresentados).

Quanto à orientação sexual e identidade de gênero, dados apenas coletados pela VE, verifica-se que o maior quantitativo de usuárias relata ser heterossexual (71,4%). Houve também o atendimento de mulheres que se declararam bissexual (1,0%) e outros 26,3% de mulheres que não tiveram esta informação registrada. Referente a identidade de gênero das atendidas, 0,8% eram travestis, 0,3% transexual e 99,0% dos casos não tinham informações preenchidas (dados não apresentados).

Quanto a escolaridade (Tabela 4) verifica-se que o CRAM (31,3%), DP (33,6%) e VE (28,1%) tem um maior número concentrado no ensino médio, mas a VE também apresenta um grande percentual de registros em casos de escolaridade não informados (38,3%). De acordo com a ficha de atendimento do CRAM das 273 usuárias do serviço

(desconsiderando as sem escolaridade e os casos não informados), 15,0% continuavam estudando no momento de seu atendimento (dados não apresentados).

Optou-se por agrupar as ocupações encontradas no estudo pelos setores da economia, onde o setor primário faz referência à produção através de recursos da natureza, responsável pelo fornecimento da matéria prima para confecção de produtos industrializados. Por depender de fenômenos da natureza, é um setor vulnerável. O setor secundário é composto pelas profissões encarregadas pela transformação dessa matéria produzida pelo setor primário em produtos industrializados; países desenvolvidos tem uma base fortalecida neste setor em questão. O terceiro setor, relacionado aos serviços, são onde as ocupações dos países com maior grau de desenvolvimento econômico estão concentradas. No momento, é o setor que mais se desenvolve no mundo, onde o serviço prestado é um produto não material oferecido para suprimir as necessidades de terceiros (comércio, educação, saúde, transportes, serviços administrativos, etc).

A maioria das mulheres tinham ocupações que se enquadravam dentro do terceiro setor, são elas: doméstica, vendedora, diarista, manicure, etc; este sozinho representa 55,2% das usuárias atendidas no CRAM e 38,3% na VE. Logo após, no CRAM, o segundo setor (costureira, cozinheira, serviços gerais, etc) com 14,9% das usuárias; já na VE, foram as desempregadas (8,8%) o segundo maior número. Só houve uma mulher representando o primeiro setor (agricultora), a mesma foi atendida no CRAM.

Comparando os dados encontrados nos dois serviços, podemos notar que o CRAM atendeu quase o dobro de mulheres atendidas pela VE no segundo setor, em contrapartida, este serviço atendeu mais de oito vezes o número de pessoas desempregadas identificadas pelo Centro de Referência.

Outro relevante dado encontrado é mais uma vez a falta de informação preenchida, foram 41,9% na VE e 24,0% no CRAM.

**Tabela 4** – Escolaridade e ocupação das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.

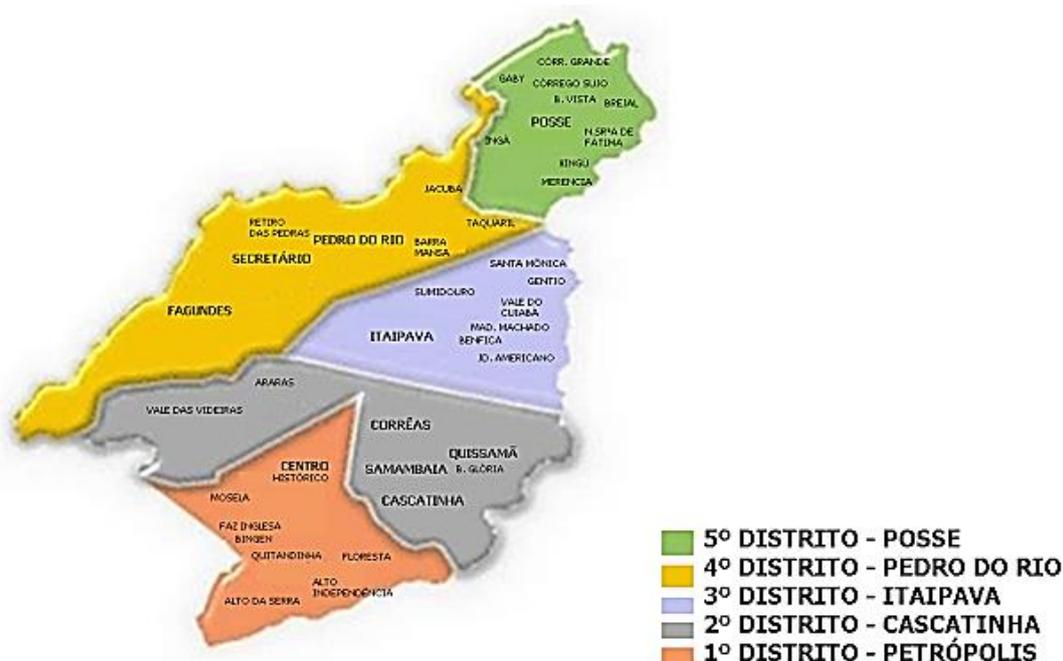
Variável	CRAM		VE		DP	
	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>						
Sem Escolaridade	1	0,3	0	0,0	10	0,4
Fund. Incompleto	75	26,0	55	13,8	656	29,5
Fund. Completo	86	29,9	61	15,3	440	19,8
Méd. Completo	90	31,3	112	28,1	747	33,6
Superior	22	7,6	18	4,5	217	9,7
NI	14	4,9	153	38,3	156	7,0
<b>Ocupação</b>						
1º Setor	1	0,3	0	0,0		
2º Setor	43	14,9	26	6,5		
3º Setor	159	55,2	153	38,3		
Desempregada	4	1,4	35	8,8		
Estudante	11	3,8	14	3,5		
Benefício	1	0,3	4	1,0		
NI	69	24,0	167	41,9		

Fonte: Elaboração própria.

Dados referentes à autonomia financeira das usuárias, somente obtidos no Centro de Referência, apontam que das 288 mulheres atendidas, 31,6% (91) possuía autonomia, 26,7% (77) necessita da ajuda de auxílio financeiro e outras 41,7% (120) não tiveram tais dados informados no preenchimento da ficha de atendimento. Isso também significa dizer que das 204 usuárias que disseram ter atividades remuneradas e recebiam benefícios (Tabela 4), 44,6% conseguem manter-se sozinhas (dados não apresentados). A maioria das mulheres atendidas no Centro de Referência não tinha autônoma financeira para se sustentar.

A cidade de Petrópolis é dividida em cinco distritos, conforme demonstrado na Figura 2, são eles: Petrópolis, Cascatinha, Itaipava, Pedro do Rio e Posse. O município não tem uma divisão oficial em bairros e no ano de 2019 iniciou-se a primeira consulta pública para delimitar os 101 bairros não oficiais. Os bairros serão não só delimitados, mas também nomeados a fim de otimizar o planejamento de ações e implementação de políticas públicas com um maior e melhor entendimento sobre a realidade de cada localidade.

**Figura 2** – Divisão dos cinco distritos do município de Petrópolis - RJ



Fonte: Prefeitura Municipal de Petrópolis – PMP, 2020.

As informações do local de residência das usuárias foram obtidas através da ficha de notificação do SINAN (VE) e de atendimento do CRAM, como os dados das delegacias foram coletados pelo Dossiê Mulher, não se teve acesso ao local de residência das mulheres. Analisa-se essa variável de duas formas, primeiro pelos bairros onde as mulheres moravam que mais ocorreram casos de violência e, depois, pela frequência entre os distritos.

No CRAM, ao todo, as usuárias tinham seu local de residência em 70 bairros diferentes, concentrados majoritariamente no primeiro (55,7%) e segundo (27,1% bairros) distritos. O mesmo ocorreu na VE, onde foram 74 bairros distintos, 55,4% no primeiro distrito (Petrópolis) e 25,7%, no segundo (Cascatinha).

É importante ressaltar que o Centro de Referência se localiza no primeiro distrito, diferente da Vigilância Epidemiológica que tem equipamentos por todo o município. Em sua maioria, foram 188 usuárias (65,3%) do CRAM e 279 (69,9%) da VE atendidas que moravam no primeiro distrito (Petrópolis). No segundo distrito, Cascatinha, foram 18,4% e 18,1%, respectivamente. Somente os dois primeiros distritos concentram 83,7% (CRAM) e 88,0% (VE) do total de atendimentos às usuárias. O quantitativo de bairros e

atendimentos vai diminuindo conforme sua distância do primeiro distrito, sendo o com menos atendimentos o 5º, da Posse, representando menos de 2,0% dos casos em ambos os serviços analisados.

A Tabela 5 aponta os bairros onde as usuárias atendidas no CRAM e na VE mais residem e os distritos onde estão localizados dentro de Petrópolis; no primeiro serviço os dados apresentados representam 25,4% do total encontrado e, no segundo 30,3%. Quatro dos cinco bairros descritos se repetem nos dois serviços (Quitandinha, Centro, Retiro e Alto da Serra), sendo o Quitandinha o bairro que mais se destaca. Todos os bairros da VE são do primeiro distrito, o CRAM aponta um bairro localizado no terceiro distrito.

**Tabela 5** – Principais bairros de residência das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência contra mulher no município de Petrópolis, 2018.

<b>Serviço</b>	<b>Bairro</b>	<b>Distrito</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CRAM	Quitandinha	1o.	20	6,9
	Centro	1o.	16	5,6
	Retiro	1o.	14	4,9
	Alto da Serra	1o.	12	4,2
	Itaipava	3o.	11	3,8
VE	Quitandinha	1o.	33	8,3
	Alto da Serra	1o.	31	7,8
	Centro	1o.	21	5,3
	Retiro	1o.	19	4,8
	Estrada da Saudade	1o.	17	4,0

Fonte: Elaboração própria.

Referente à gestação, como descrito na Tabela 6, 3,1% das usuárias do CRAM eram gestantes e na VE, 4,8%. O setor de Vigilância Epidemiológica atendeu mais mulheres gestantes do que o CRAM, mesmo assim, de forma geral nos dois equipamentos, predominaram mulheres não gestantes.

Quanto à deficiência, o maior número foi de mulheres não deficientes atendidas no CRAM (74,0%) e na VE (66,7%). Das usuárias com deficiência que foram atendidas na Vigilância Epidemiológica (7,5%), 18 tinham deficiências mentais (60,0%) permanentes ou não, sendo o maior quantitativo com transtorno de comportamento (5 casos); 10 (33,3%) tinham deficiência física (enfermidades e/ou motoras), 1 tinha deficiência auditiva (3,3%) e 1 outro tipo de deficiência (3,3%). No CRAM, que teve um número um pouco menor do que a VE de mulheres com deficiências atendidas, foram 6,9% usuárias, o serviço não especificou o tipo de cada uma delas.

Quanto aos dados que não foram informados sobre a variável de mulheres com deficiência, a VE (25,8%) teve um quantitativo de informações ignoradas maior do que o CRAM (19,1%).

**Tabela 6** – Quantitativo de mulheres gestantes e deficientes entre 18 a 59 anos atendidas na rede de enfrentamento a violência no município de Petrópolis em 2018.

Variável	CRAM		VE	
	N	%	N	%
<b>Gestação</b>				
Sim	9	3,1	19	4,8
Não	250	86,8	296	74,2
NI	29	10,1	84	21,1
<b>Deficiência</b>				
Sim	20	6,9	30	7,5
Não	213	74,0	266	66,7
NI	55	19,1	103	25,8

Fonte: Elaboração própria.

### Bloco 3 – Características do evento e perfil do provável agressor

#### a) Características do Evento

Na Tabela 7 se observa que é na violência física onde a maior frequência se concentra no CRAM (38,7%) e na VE (38,3%); já na DP a tipificação de maior atendimento foi a violência psicológica (37,1%).

Nota-se que os números das tipificações de violência são maiores do que os de atendimentos em si, esta sobreposição acontece pois mais de um tipo de violência pode ser identificado para cada usuária. Das 288 usuárias do Centro de Referência, foram identificadas 814 formas de violência perpetradas, aproximadamente 3 por caso; a proporção se repete com os registros da VE.

Dentre o grupo das cinco violências identificadas (física, psicológica, moral, patrimonial e sexual), a com menor quantitativo em todos os serviços, foi a violência sexual. A violência sexual é de notificação imediata e tem um tempo precioso quanto a procedimentos tanto dentro do setor saúde, quanto judiciário (IML). As delegacias de polícia foram as que mais registraram casos (60), seguido pelo CRAM (44) e, por fim, a VE, com 39 casos. Destaque que a Vigilância Epidemiológica, quanto a violência sexual, é o setor que menos teve atendimentos notificados desta forma. Em proporção, de acordo

com o número total de atendimentos, o CRAM (5,4%) é o com maior número de atendimentos, logo após VE (2,8%) e DP (2,7%), com uma diferença pequena, como mostra a Tabela 7.

Os 33 outros tipos de violência, apontados na Tabela 7, fazem referência ao autoextermínio (1), cárcere privado (1), tortura (19), negligência/abandono (9), trabalho infantil (2) e intervenção legal (1). No setor de VE, o que chamou atenção foram 101 fichas que tiveram que ser retiradas por se tratarem de casos de tentativas de suicídio de mulheres (20,2% do total de fichas de violência no setor); contudo, é importante salientar que dentre o total de fichas da Vigilância Epidemiológica (500), as que se tratavam de tentativas de autoextermínio e faziam alusão à relacionamentos abusivos, foram coletadas e estão inclusas dentro das 399 fichas que vem sendo nesta pesquisa descritas.

**Tabela 7** – Tipos de violência contra mulheres dentro da rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018.

Tipo de Violência	CRAM		VE		DP	
	N	%	N	%	N	%
Física	315	38,7	528	38,3	766	34,4
Moral	126	15,5	210	15,2	495	22,3
Patrimonial	92	11,3	285	20,7	78	3,5
Psicológica	199	24,4	285	20,7	825	37,1
Sexual	44	5,4	39	2,8	60	2,7
Outras	0	0,0	33	2,4	0	0,0
NI	38	4,7	0	0	0	0,0

Fonte: Elaboração própria.

Os maiores relatos no setor de VE quanto as formas de violência sexual foram de estupro (45,1,0%) e assédio sexual (39,2%); na DP, 43,3% foram casos de estupro e 25,0% de importunação ofensiva ao pudor, conforme mostra a Tabela 8. Os casos de assédio sexual identificados nas DP (5,0%) são bem menores do que na VE (39,2%).

**Tabela 8** – Formas de violência sexual contra mulheres dentro da rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018 e tipificações.

Forma de Violência Sexual	VE		DP	
	N	%	N	%
Assédio sexual	20	39,2	3	5,0
Estupro	23	45,1	26	43,3
Tentativa de estupro	0	0,0	8	13,3
Ato obsceno	0	0,0	8	13,3
Importunação ofensiva ao pudor	0	0,0	15	25,0
Outros	4	7,8	0	0,0
Ignorado	4	7,8	0	0,0

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos desdobramentos da violência sexual, dos que fizeram algum tipo de profilaxia, nota-se na Tabela 9, que 35,4% focaram em ISTs 18,8% coleta de sangue, 16,7% contracepção de emergência e 12,5% HIV. Não houve nenhum caso registrado de aborto previsto em Lei.

O percentual destacado na Tabela 9, que comenta sobre os procedimentos realizados frente aos casos de violência sexual, foi confeccionado a partir do número total de procedimentos (48). Como cada caso de violência pode ter mais de uma tipificação (como descrito anteriormente), a violência sexual também pode ter mais de um procedimento feito para cada usuária.

Conforme a Tabela 7, foram 39 casos na Vigilância Epidemiológica de violência sexual (100%); destes, 22 usuárias não foram encaminhadas a qualquer lugar para a realização de atendimentos posteriores a este tipo de violência e/ou não tiveram informações preenchidas na ficha de notificação compulsória. Estas 22 mulheres, representam 56,4% de ausência de procedimentos realizados nesta tipificação de violência. Somente 17 (35,4%) tiveram essa assistência pós violência sexual, com os procedimentos descritos na Tabela 9; procedimentos estes majoritariamente centrados na profilaxia IST, coleta de sangue e contracepção de emergência.

**Tabela 9** – Procedimentos registrados pelo setor de VE diante de violência sexual contra mulheres entre 18 a 59 anos em Petrópolis, 2018.

Procedimentos violência sexual	VE	
	N	%
Profilaxia IST	17	35,4
Profilaxia HIV	6	12,5
Profilaxia Hepatite. B	3	6,3
Coleta de Sangue	9	18,8
Coleta de Sêmen	2	4,2
Coleta de Secreção Vaginal	3	6,3
Contracepção de Emergência	8	16,7

Fonte: Elaboração própria.

Segundo dados obtidos apenas na ficha de notificação da Vigilância Epidemiológica, a maioria dos casos de violência registrados já haviam ocorrido outras vezes (57,6%) e 26,8% destes tiveram sua recorrência ignorada. Ainda segundo a ficha de notificação compulsória, 63,2% das situações de violência envolviam uma pessoa e 34,8%, duas ou mais (dado não apresentado).

O sexismo foi o maior motivo registrado sobre os casos de violência contra mulher em Petrópolis com 44,1% do total de dados coletados, 49,4% haviam ignorado o preenchimento deste tópico, obtido somente na ficha de notificação do SINAN (dado não apresentado).

A Tabela 10 aponta que o local com o maior número de ocorrências de casos nos serviços da VE e da DP é a residência, representando 63,2% e 51,3% respectivamente. Em seguida, nos registros das DP (20,7%) e da VE (12,3%) vem as ocorrências em via pública. A qualidade do preenchimento dos registros nesse aspecto chama a atenção, pois dentro do serviço de VE foram 14,5% ignorados; na DP esse percentual foi de 8,6%.

Outros locais de ocorrência identificados nas fichas de notificação da VE foram bar/baile (4,0%), comércio/serviços (2,5% município), escola (0,5% município), hospital (0,3% município), local de prática esportiva (0,8% município), trabalho (0,5% no município) e indeterminados (1,0% município).

Os dados da Tabela 10 apontam ainda que a maioria das ocorrências foram na parte da noite, entre 18 e 23h59, tanto na VE (27,8%), quanto nas DPs (36,9%). Em segundo lugar, pela VE, temos os fatos ocorrendo de madrugada (24,3%) e, pela DP, a parte da tarde (28,4%). Dentre os resultados totais encontrados pelo setor de Vigilância Epidemiológica em relação ao período do dia, 17,8% não foram informados, o que mais uma vez reflete na qualidade dos dados referente ao preenchimento da ficha pelos profissionais.

Quanto ao dia da semana, dado encontrado apenas nos registros das Delegacias de Polícia, Domingos (17,4%), Sábados (16,7%) e Segundas (15,0%) foram os dias com mais registros.

Considerando os meios utilizados para se perpetrar a violência, a VE aponta a agressão física como o meio mais empregado dentre as notificações realizadas, foram 48,0% das violências; seguido pela agressão verbal, com 31,9%.

As delegacias de polícia mesmo com um quantitativo muito acima do que o apresentado pela VE corrobora com a percepção da agressão verbal (61,8%) e física (33,7%) como os mais frequentes tipos de violência, sendo neste setor a agressão verbal a que possui mais registros.

**Tabela 10** – Local de ocorrência, período do dia e tipo de violência empregada contra mulheres atendidas pela rede de enfrentamento a violência em Petrópolis em 2018.

Variável	VE		DP	
	N	%	N	%
<b>Local de ocorrência</b>				
Residência	252	63,2	1.140	51,3
Transporte	2	0,5	22	1,0
Via pública	49	12,3	461	20,7
Ignorado	58	14,5	191	8,6
Outros	38	9,5	410	18,4
<b>Período do dia</b>				
Madrugada (00 às 05h59)	97	24,3	265	11,9
Manhã (06h às 11h59)	43	10,8	506	22,8
Tarde (12h às 17h59)	77	19,3	632	28,4
Noite (18h às 23h59)	111	27,8	821	36,9
NI	71	17,8	0	0,0
<b>Meio empregado</b>				
Agressão física	303	48,0	739	33,7
Agressão verbal	201	31,9	1.355	61,8
Obj. Contundente	25	4,0	9	0,4
Asfixia/ enforcamento	53	8,4	1	0,0
Arma branca	39	6,2	10	0,5
Arma de fogo	6	1,0	0	0,0
Patrimonial	1	0,2	78	3,6
Subst. obj. quente/ inflamável	3	0,5	1	0,0

Fonte: Elaboração própria.

As ocorrências foram em 71 bairros diferentes de acordo com dados das fichas de notificação da VE. A falta de delimitação dos bairros da cidade dificulta com que seja possível calcular o quanto estes, onde houve ocorrências, representam. O distrito com mais casos é o primeiro, concentrando 52,1% dos registros, distrito este que também é o com mais bairros de residência das usuárias, como já mencionado anteriormente na Tabela 5. Foram 214 ocorrências somente no distrito de Petrópolis (1º D), 53,6% do quantitativo total. Depois deste resultado, é preciso pontuar novamente os dados ignorados, foram os segundos maiores (21,1%). A Tabela 11 demonstra que o bairro de maior ocorrência é o Centro, concentrando 6,5% do total dos casos.

**Tabela 11** – Principais bairros de maior ocorrência das situações de violência das usuárias entre 18 a 59 anos atendidas no setor de VE no município de Petrópolis, 2018.

Serviço	Bairro	Distrito	N	%
VE	Centro	1º D	26	6,5
	Alto da Serra	1º D	24	6,0
	Quitandinha	1º D	24	6,0
	Retiro	1º D	17	4,3
	Corrêas	2º D	14	3,5
	Estrada da Saudade	1º D	14	3,5

Fonte: Elaboração própria.

#### b) Perfil do Agressor

A Tabela 12, que aponta a relação do agressor com a mulher indica que no CRAM, o maior quantitativo se concentra nos ex companheiros (23,6%); já na VE, foi o marido (34,1%). Os dados mostram que na DP o companheiro é o agressor em 24,5% dos casos.

Nota-se ainda na Tabela 12 que os serviços usam denominações diferentes, principalmente nos casos de “marido/ex marido” e “companheiro/ex companheiro”, isso faz com que uma comparação fidedigna seja dificultada. O CRAM concentrou entre ex companheiro (23,6%), marido (17,4%), ex marido (11,8%), companheiro (11,5%), ex namorado (6,6%) e namorado (4,5%) seis dos maiores números de possíveis agressores. Além destes, o número de desconhecidos (19,9%) na DP e de filhos (8,3%) na VE chamam atenção. Vale destacar também o percentual de dados não informados em todos os três setores.

**Tabela 12** – Tipo de relação do agressor com a mulher entre 18 a 59 anos atendida na rede de enfrentamento à violência no município de Petrópolis, 2018.

Autor	CRAM		VE		DP	
	N	%	N	%	N	%
Marido	50	17,4	136	34,1	0	0,0
Ex – marido	34	11,8	92	23,1	0	0,0
Companheiro	33	11,5	0	0,0	544	24,5
Ex – companheiro	68	23,6	0	0,0	499	22,4
Namorado	13	4,5	24	6,0	0	0,0
Ex-namorado	19	6,6	26	6,5	0	0,0
Pai/ mãe	5	1,7	6	1,5	25	1,1
Padrasto	3	1,0	2	0,5	16	0,7
Madrasta	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Filho	5	1,7	33	8,3	0	0,0
Irmão	6	2,1	14	3,5	0	0,0
Amigo/ conhecido	6	2,1	0	0,0	123	5,5
Relacionamento Institucional	1	0,3	3	0,8	25	1,1
Policial/ ag. da lei	0	0,0	9	2,3	0	0,0
Própria pessoa	0	0,0	10	2,5	0	0,0
Desconhecido	2	0,7	0	0,0	443	19,9
Parente	8	2,8	0	0,0	155	7,0
Outros	0	0,0	19	4,8	220	9,9
NI	35	12,2	24	6,0	173	7,8

Fonte: Elaboração própria.

Conforme a Tabela 13, na maioria dos casos de violência registrados nos setores da Vigilância Epidemiológica (42,1%) e CRAM (50,4%) houve a suspeita de envolvimento do uso de álcool e outras drogas. Percebe-se que, das informações ignoradas, foram 32,8% da VE e 28,8% do CRAM.

Quanto ao sexo do provável autor, o maior número de registros foi do sexo masculino em ambos os setores analisados, de acordo com a Tabela 13. No CRAM os dados se concentram em 96,5% dos homens e na VE, 81,5%. A VE identificou um número bem maior de mulheres agressoras (7,3%) do que o encontrado pelo Centro de Referência. Quanto aos dados não informados nota-se que a VE tem um maior número (6,8%).

Ainda na Tabela 13, referente ao ciclo de vida, o maior valor encontrado foi o de adultos no CRAM (52,8%) e na VE (50,9%). O segundo maior número de registros, foi o de jovens representando 8,7% dos dados do CRAM e 7,8% da VE. Os casos ignorados/não informados, mais uma vez se sobrepõem nos dois equipamentos.

**Tabela 13** – Uso de álcool, sexo e ciclo de vida do provável autor da agressão às usuárias entre 18 a 59 anos atendidas nos setores de VE e do CRAM no município de Petrópolis, 2018.

Variável	CRAM		VE	
	N	%	N	%
<b>Uso de álcool</b>				
Sim	145	50,4	168	42,1
Não	60	20,8	100	25,1
NI	83	28,8	131	32,8
<b>Sexo</b>				
Masculino	278	96,5	325	81,5
Feminino	2	0,7	29	7,3
Ambos	1	0,3	18	4,5
NI	7	2,4	27	6,8
<b>Ciclo de vida</b>				
Adolescente (10 a 19a)	3	1,0	5	1,3
Jovem (20 a 24a)	25	8,7	31	7,8
Adulto (25 a 59a)	152	52,8	203	50,9
Idoso (60 anos ou mais)	7	2,4	7	1,8
NI	101	35,1	153	38,3

Fonte: Elaboração própria.

#### **Bloco 4 – Itinerários das mulheres atendidas em Petrópolis e demandas por elas apresentadas**

Em 2018, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) foi aplicada em 56,5% dos casos registrados nas delegacias de polícia de Petrópolis. Em seguida foi a Lei 9.099/95 (JECRIM), que dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais, grande marco no sistema processual-penal do país e que objetivava transformar os Juizados em ambientes de solução de conflitos de forma rápida; com 37,1%. Em 6,4% dos casos não foi aplicada nenhuma Lei específica nas DP (dados não apresentados).

As Delegacias de Polícia (105<sup>a</sup> e 106<sup>a</sup> DP) foram os serviços que mais encaminharam mulheres para o Centro de Referência, tendo sido responsáveis por 42,4% do total de 288 mulheres atendidas no serviço; como se observa na Tabela 14. Depois delas a busca pelo serviço ocorreu majoritariamente por demanda espontânea (30,9%) e em terceiro lugar, pela rede de saúde do município (14,6%).

**Tabela 14** – Encaminhamentos de mulheres em situação de violência entre 18 a 59 anos para o CRAM no município de Petrópolis em 2018.

<b>Encaminhamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Judiciário	16	5,6
Delegacia de Polícia	122	42,4
Rede da Saúde	42	14,6
Rede de Assistência Social	22	7,6
Conselhos Municipais	5	1,7
Secretarias Municipais	2	0,7
Demanda Espontânea	89	30,9
Outros	1	0,3
NI	14	4,9

Fonte: Elaboração própria.

Durante o primeiro atendimento no Centro de Referência e Atendimento à Mulher é realizado o acolhimento, coleta de dados e direcionamentos da usuária de acordo com suas demandas e posicionamentos diante das alternativas dentro da rede de enfrentamento à violência. A partir disso, a profissional técnica que a atende registra na ficha as necessidades identificadas e discutidas. A Tabela 15 pontua quais foram estas demandas no ano analisado. A principal demanda foi jurídica (34,4%), seguida de psicológica (27,3%). Chama-se atenção para o elevado número de informações ignoradas, representando 29,1% do total.

**Tabela 15** – Necessidades apresentadas pelas usuárias no primeiro atendimento no CRAM no município de Petrópolis em 2018.

<b>Necessidade apresentada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Jurídica	168	34,4
Psicológica	133	27,3
Social	45	9,2
NI	142	29,1

Fonte: Elaboração própria.

Ainda no que concerne aos encaminhamentos, a Tabela 16 expõe qual local da rede de enfrentamento à violência o caso foi referenciado. Dentro das notificações da VE, a delegacia foi o setor para o qual mais usuárias foram direcionadas (65,1%), seguido pela

rede de saúde (11,9%) e assistência social (11,9%) que tiveram o mesmo percentual de mulheres referenciadas e o setor jurídico, com 10,3%. Já no CRAM, a Tabela 16 aponta que o maior encaminhamento foi jurídico (12,7%), seguido pela rede de assistência social (10,2%) e a rede de saúde (7,1%).

O Centro de Referência (288), embora tenha tido 111 atendimentos a menos do que a Vigilância Epidemiológica (399), é responsável por 288 encaminhamentos a mais (Tabela 16) dentro da rede. O número de encaminhamentos na tabela é maior do que o de mulheres atendidas, pois as usuárias podem ser referenciadas para mais de um dispositivo.

**Tabela 16** – Encaminhamento das usuárias para a rede de enfrentamento a partir do setor de VE e do CRAM no município de Petrópolis em 2018.

Encaminhamentos	CRAM		VE	
	N	%	N	%
Setor Jurídico	97	12,7	49	10,3
Delegacia	44	5,7	311	65,1
Rede de Saúde	54	7,1	57	11,9
Rede de Assistência Social	78	10,2	57	11,9
Rede de Educação	2	0,3	4	0,8
Outros	1	0,1	0	0,0
NI	490	64,0	0	0,0

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 17, apresenta o profissional responsável pela confecção da notificação compulsória do setor da VE. Ela demonstra que foram 164 notificações feitas por assistentes sociais mulheres; considerando que destas 124 são do Centro de Referência (Tabela 18), as outras 40 notificações – do total de 164 – foram feitas por serviços da rede de saúde; em segundo lugar com o maior quantitativo de registros, temos as psicólogas (23,1%).

Os demais registros mencionados na Tabela 17 são de auxiliares de enfermagem, médicas, enfermeiras e da parte administrativa da saúde diretamente, pois estes profissionais não atuam dentro do Centro de Referência. Com isso, pontua-se que o maior quantitativo das fichas de notificação do setor de vigilância epidemiológica não é advindo da rede intrasetorial da saúde, mesmo esta sendo a porta de entrada preferencial, a mais acessível dentro do município e estando em contato direto com as mulheres, suas famílias e comunidade.

A VE engloba todas as notificações compulsórias que são enviadas pela rede de pessoas em situação de violência, isso significa dizer que não somente nestes números apresentados no estudo estão exclusivamente dados da atenção primária, secundária e terciária da saúde, mas também de dispositivos da assistência social, por exemplo.

Chamou atenção o baixo quantitativo de profissionais homens, que, no total, foram menos de 10, notificando os casos de violência. Outro fato que se pode observar durante a coleta é a repetição das notificações compulsórias sendo realizadas pela mesma pessoa. Durante o ano de 2018, todas as 50 fichas confeccionadas pela categoria de auxiliar de enfermagem foram preenchidas pela mesma profissional (dados não apresentados).

**Tabela 17** – Categoria profissional do responsável pela confecção da notificação compulsória do setor de VE no município de Petrópolis em 2018.

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Assistente Social	164	41,1
Psicóloga	92	23,1
Auxiliar de Enfermagem	50	12,5
Médica	44	11,0
Enfermeira	42	10,5
Administrativo	2	0,5
NI	5	1,3

Fonte: Elaboração própria.

Dentro do equipamento que é tido como o de referência às mulheres na rede de enfrentamento à violência, o CRAM, conforme evidencia a Tabela 18, teve seus primeiros atendimentos feitos por assistentes sociais (43,1%), psicóloga (35,8%), pela própria coordenadora (13,5%) e pela advogada (5,6%). Vale destacar também que, talvez pela prioridade de ter segundos atendimentos com a advogada para sanar as necessidades jurídicas das usuárias (como apontado na Tabela 15), esta profissional acabe atuando mais a partir do segundo atendimento em si.

Corroborando com o que foi descrito acima, sobre o quantitativo de notificações realizadas, os registros da VE trazem dados sobre a unidade notificadora, onde foram identificados os seguintes serviços: CRAM (222 fichas), atenção primária (6 fichas), secundária (158 fichas) e terciária (13 fichas) à saúde. Do total de notificações da VE,

55,64% foram produzidas pelo CRAM. Dentro das notificações produzidas pela atenção terciária em saúde, 61,5% vieram de hospitais privados do município (dados não apresentados).

Pela Tabela 18, nota-se que foram 103 atendimentos iniciais realizados pela psicóloga, mas quando comparados com a Tabela 17, temos apenas 92 notificações preenchidas por esta categoria. Todas as fichas foram feitas por psicólogas mulheres.

**Tabela 18** – Categoria profissional da responsável pela confecção da ficha de atendimento do setor do CRAM no município de Petrópolis em 2018.

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Assistente Social	124	43,1
Psicóloga	103	35,8
Coordenadora	39	13,5
Advogada	16	5,6
NI	6	2,1

Fonte: Elaboração própria.

## 7. DISCUSSÃO

Optou-se por dividir esta discussão em resposta aos objetivos do estudo para melhor compreensão das temáticas a serem abordadas, são estes: Bloco 1, quantitativo de casos e série histórica; Bloco 2, descrição do perfil das mulheres atendidas; Bloco 3, caracterização da violência e perfil do autor e; Bloco 4, itinerários e demandas das mulheres. Na análise dos dados fez-se uso de referências bibliográficas que permitiram produzir um comparativo entre os achados deste trabalho e de outras pesquisas, assim como iluminar certos aspectos.

### **Bloco 1 – Número de casos e série histórica**

Um dos objetivos da pesquisa foi a identificação do número de casos de mulheres em situação de violência que chegaram aos serviços/instituições da rede de enfrentamento à violência em Petrópolis e realizaram registros no ano de 2018. Para chegar a tal resultado, lançou-se mão de uma série histórica para aprofundar a compreensão de como tais números vinham se comportando dentro do município de forma anual e mensal. Vários foram os eventos e datas comemorativas que influenciaram visivelmente no quantitativo de violência contra mulheres, é o que descrevem FACCHINI e FERREIRA (2016) ao fazerem um debate sobre o feminismo e a violência de gênero no Brasil. Buscou-se então fazer uma correlação entre tais eventos e os números obtidos no Centro de Referência e Atendimento à Mulher, as Delegacias de Polícia e a Vigilância Epidemiológica.

Durante o mês de fevereiro verifica-se no dia 01/02 a ratificação pelo Brasil da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979); e no dia 24 do mesmo mês o Dia da Conquista do voto feminino no Brasil (1932). No ano de 2018, foco desta pesquisa, a festividade do Carnaval se deu no mês de fevereiro entre os dias 9 e 14. Em março houve a comemoração pelo Dia Internacional da Mulher (08). Os três serviços analisados têm seus maiores números concentrados entre janeiro, fevereiro e março, sendo este último com mais mulheres atendidas em uma análise geral dos equipamentos da rede analisada.

Essas datas além de nortear os serviços para tomada de ações e planejamento de estratégias – particularmente o Dia Internacional da Mulher e o Carnaval – também impulsionam um grande loco pedagógico para a pauta do movimento feminista: a

internet. Durante estes meses do ano, notou-se nas redes sociais um grande aumento do assunto que atingiu todas as camadas sociais e círculos de pessoas (FACCHINI e FERREIRA, 2016; FERREIRA, 2015).

O fato de junho, mês onde se comemora o dia dos namorados, ter o menor número de atendimentos também não passou despercebido, pois sinalizou um período de lua de mel, típico do ciclo da violência e que precedeu o aumento da tensão e o posterior ataque violento; é o que explicita LUCENA *et al* (2016) ao fazer uma análise do ciclo da violência doméstica contra mulher em João Pessoa. Junho teve o menor número de atendimento geral e, dentre cada um dos serviços, também foi o último no CRAM e DP no quantitativo de usuárias.

Em agosto, quando a Lei Maria da Penha fez aniversário e o CRAM teve um posicionamento ativo na cidade durante o período, o número de atendimentos voltou a crescer, principalmente no centro de referência. Os números cresceram também em novembro, quando foram comemorados o Dia internacional da Violência contra as Mulheres (25), a ratificação pelo Brasil da Convenção de Belém do Pará dos Direitos das Mulheres (1995) e o início da Campanha “16 dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres” e em dezembro, com o dia municipal do Laço Branco (06), dia Internacional dos Direitos Humanos (10), é celebrada a adoção da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (17) e o fim da campanha dos 16 dias de Ativismo.

Seja pela ação dos movimentos feministas, militância das mulheres ou pela atuação dos serviços da rede de enfrentamento a mulher em situação de violência em âmbito federal, estadual e/ou municipal os números de atendimento variaram periodicamente em certos meses do ano conforme o calendário (FACCHINI e FERREIRA, 2016). Esta possível associação entre o calendário de ações de conscientização da população, tanto a partir do empenho da militância de mulheres quanto do Estado, e o conseqüente aumento de denúncias revelou a importância destes esforços pela erradicação da violência doméstica.

Nos casos de violência não existe a obrigatoriedade que a mulher passe por todos os serviços da rede. Os encaminhamentos são feitos de acordo com a necessidade

apresentada pelas usuárias. O único documento obrigatório é a notificação compulsória dos casos de violência que alimenta o SINAN (Lei 10.778/03).

## **Bloco 2 – Perfil das mulheres atendidas na rede de enfrentamento em Petrópolis**

Com relação ao perfil das mulheres atendidas dentro de rede de enfrentamento, a maioria tinha o Ensino Médio completo, estavam na faixa etária entre 20 a 29 anos (CRAM e VE) e de 30 a 59 anos da DP. Quanto a cor da pele, os números absolutos de brancas e negras (pardas + pretas) foram muito próximos; quando considerado que o número de negras na população de Petrópolis era menor que as mulheres brancas, então, tais números de vítimas negras foram ainda mais representativos. As mulheres eram em sua maioria solteiras ou estavam em um relacionamento e tinham sua profissão concentrada no terceiro setor. Estas mulheres moravam principalmente no 1º distrito do município.

No estudo realizado por Gomes (2008) para analisar a violência física, sexual e/ou psicológica entre mulheres de 15 a 49 anos usuárias de Programas de Saúde da Família em Recife conforme características sócio demográficas e sanitárias, ficaram concentrados os casos na faixa etária de 20 a 29 anos, como na VE e no CRAM; já na pesquisa de Sousa *et al* (2013), que traçou o perfil de violência doméstica e familiar contra a mulher da cidade Alfenas (MG), foram analisados 392 registros; a média de idade foi de 33,55 anos; o que encontrou sinergia com o quantitativo da DP de Petrópolis. Nacionalmente, são as mulheres adolescentes, jovens e adultas as mais afetadas pelas agressões conforme relatado no documento denominado “Violência contra Mulher” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em um panorama nacional (ENGEL, 2019). Engel (2019) salienta ainda que as mulheres jovens são as mais vulneráveis em todos os tipos de violência.

Dentro da faixa etária pesquisada, de 18 a 59 anos, as mulheres petropolitanas eram em grande parte brancas (63,6%), foram estas as que obtiveram mais atendimentos nos serviços da rede tendo sido 48,3% no CRAM, 48,1% na VE e 55,3% nas DP. O mesmo resultado foi obtido por Sousa *et al* (2013), com 63,6% das usuárias se auto declarando brancas e por Lucena *et al* (2016), com 48%. Contudo, embora tenha sido este o público mais atendido, proporcionalmente houve uma maior probabilidade em ser preta (5,1%) e parda (3,0%) e sofrer violência do que branca (2,6%). Tal associação também foi descrita no estudo de Gomes (2008).

Dados do Balanço 180, relatório realizado frente aos atendimentos do Disque 180 de 2018, apontaram que 50,4% dos relatos de violência foram contra mulheres negras (pretas e pardas), seguida pelas brancas (36,4%). A análise deste índice cruza dados de gênero e raça, pois as vulnerabilidades sofridas pelas mulheres variam de acordo com tais marcadores sociais (SILVEIRA *et al*, 2014).

As diferentes classificações para os tipos de relacionamento dificultam a identificação e compreensão diante da relação desta característica com o fenômeno da violência contra as mulheres. Todavia, segundo Prates (2007), que descreveu e analisou o perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres abrigadas em São Paulo; mesmo diante de uma grande variedade de relações conjugais existentes na sociedade, independentemente do estado civil, há a ocorrência de violência conjugal; o que confirma o que foi encontrado nesta pesquisa.

As informações coletadas na rede de enfrentamento de Petrópolis apontaram para uma população solteira na VE (40,4%) e DP (45,4%); já no CRAM, a maioria eram mulheres “em um relacionamento” (53,5%). A relação entre estado civil e ocorrência de violência pode variar entre as culturas, devido a não ter relações sexuais antes/depois do casamento (PRATES, 2007). Prates (2007) inclusive citou a categoria “solteira com companheiro” sendo a de maior concentração de mulheres, com 34,7% dos casos. Para Lucena *et al* (2016), 55% das usuárias também tinham um companheiro.

Notou-se a partir dos resultados obtidos que conforme havia um aumento no grau de instrução das mulheres, mais elas buscavam ajuda nos serviços. Paradoxalmente, segundo o IBGE (2015), mulheres com nível superior – majoritariamente brancas – também têm dificuldades em acessar os serviços da rede. Os dois extremos nos níveis de instrução - analfabetas e com nível superior - são os grupos que menos procuraram os equipamentos da cidade.

Sousa *et al* (2013) afirmaram em sua pesquisa que, por um lado, a maioria das pessoas com registros de ocorrência na delegacia pesquisada tinha algum nível de alfabetização (59,3%), mas, por outro, as mulheres com os maiores níveis de escolaridade não buscavam a delegacia, escolhendo outros setores para resolver o problema da violência. Os dados encontrados apontaram o nível superior como o segundo menor em registros em todos os setores (CRAM, VE e DP), atrás apenas de mulheres sem

escolaridade. Lima (2013) e Lima *et al* (2013) analisaram estratégias de enfrentamento em mulheres que sofreram violência por seus parceiros e apontaram que quanto maior a escolaridade da mulher, mais estratégias de enfrentamento positivas para apoio e suporte às situações de violência são utilizadas, são elas: apoio religioso e de familiares, tentativa de saída do ciclo de violência e busca da autonomia financeira.

Referente ao local de moradia das mulheres, Petrópolis não tem seus bairros definidos, com isso a falta de divisão dificulta uma linguagem única entre os serviços, que subdividem a cidade conforme suas necessidades – a saúde, por exemplo, utiliza a divisão por regiões, que não são as mesmas que os distritos -, isso faz com que as informações e atuações sejam ainda mais fragmentadas entre os equipamentos da saúde, assistência social, educação e justiça.

Os dados encontrados revelaram que o 1º distrito (Petrópolis), onde fica localizado o bairro Centro, o CRAM, grande parte do comércio da cidade e de equipamentos da secretaria de saúde e assistência, além da uma das delegacias; é o que teve maior frequência de denúncias de ocorrência de violência doméstica, o que vai de encontro com o que foi dito por Sousa *et al* (2013), onde 70% das mulheres atendidas tiveram as situações de violência ocorrendo em região mais central.

Os dispositivos de assistência à saúde são muito melhor distribuídos no município do que o Centro de Referência e Atendimento à Mulher, que é só um e a DP, que são duas. Petrópolis foi muito bem avaliada pela cobertura em atenção básica do município, que em 2018 era de 49,2% da população. Assim como Sousa *et al* (2013), os resultados apontaram para diversas áreas onde ocorreram violência que são assistidas pela Estratégia de Saúde da Família. É necessário o questionamento se nos distritos onde mais foram apontadas mulheres residindo são, de fato, os com maior número de ocorrências ou se as mulheres destes locais estavam tendo mais informações sobre os equipamentos da rede de enfrentamento da cidade e/ou se faltavam serviços desta rede em determinados distritos/bairros e/ou se houve dificuldade de acesso aos dispositivos dependendo do distrito/bairro em que as mulheres se encontram.

A população feminina petropolitana é majoritariamente católica, contudo, dentre o quantitativo de mulheres atendidas no Centro de Referência (288), o maior número de mulheres religiosas foi o de evangélicas. Portella *et al* (2005) pontua sobre a importância

de reconhecer a fé das mulheres e em como muitas das que se declararam evangélicas demonstram a religião como impeditivos para sair da situação de violência, por crer na indissolubilidade do casamento e a possibilidade de recompensa futura por suportar as violências sofridas. Isto, no entanto, não se confirmou pelos dados obtidos nesta pesquisa.

A soma dos casos ignorados também chamou atenção, pois representa mais da metade dos atendimentos realizados. Saber a religião, crenças e culturas da população atendida auxilia a planejar e redirecionar ações efetivas e adequadas para o público com necessidade (GOMES, 2008).

De acordo com a estimativa do PIB (2017), o setor com maior concentração de pessoas trabalhando no Brasil é o terciário, com 72,9%. Os resultados obtidos durante a coleta de dados na Vigilância Epidemiológica e no Centro de Referência reforçaram esta informação visto que 45,4% das mulheres atendidas teve suas atividades nele.

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o IBGE (2015) apontou que em uma série histórica de 2007 a 2015 os homens seguiram tendo nível de ocupação muito maior do que as mulheres no país, mesmo sendo o grupo feminino 52,4% do quantitativo de pessoas em idade para trabalhar. A pesquisa apontou que as mulheres têm 44,1% do nível de ocupação e os homens 64,0%. Segundo o IBGE (2010) 28,0% da população petropolitana exerce alguma ocupação; o instituto afirma que 44,5% das mulheres petropolitanas tinha rendimentos por seus trabalhos em 2010. Em Petrópolis, a distribuição percentual da população de mulheres ocupada por setores de atividade mostra que 1,1% se encontra no setor de agricultura (média no país é de 9,9%), 20,9% na indústria (média no país é de 11,8%) e 78,0% em serviços (média no país de 78,3%).

De acordo com a OMS (2002), mulheres sem autonomia financeira correm maior risco de passar por situações de violência desferida por seus parceiros e que o fator econômico pode inclusive ser decisório para a saída de relacionamentos abusivos. Sousa *et al* (2013) relataram que a maioria das mulheres também era economicamente dependente do parceiro; Gomes (2008) afirmou que apenas 27,4% das usuárias pesquisadas tinha remuneração regularmente ativa, o que as tornava vulnerável. Tais resultados vão de encontro a esta pesquisa e os dados do CRAM, onde foram identificadas 55,4% das mulheres com dependência financeira de seus companheiros.

Ao observar os resultados encontrados quanto à orientação sexual das usuárias duas ponderações são necessárias: a primeira, refletindo sobre como os relacionamentos heterossexuais têm muito mais casos de violência contra mulher. O número encontrado nesta pesquisa reforçou a literatura nacional (SCHRAIBER *et al*, 2008; GARCIA e SILVA, 2018) e internacional (HEISE *et al*, 1999; KRUG *et al*, 2002). Segundo, como o número de casos ignorados permaneceu uma constante durante os tópicos analisados da ficha de notificação compulsória; 26,3% do total de atendimentos.

Tais dados são consequência de uma construção histórica patriarcal marcada por desigualdades de gênero, que conferiu poder aos homens sobre as mulheres com relação a normativas, atitudes e comportamentos em âmbito privado e público; foi o que descreveram Garcia e Silva (2018), ao traçarem sobre o perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros em 2014. Essa cultura que normatiza e condiciona a violência ao sexo masculino faz com que os homens não só sejam os principais perpetradores de violência, mas também vítima dela (SCHRAIBER *et al*, 2009; ALVES *et al*, 2012).

O que mais chamou atenção neste resultado foi a falta de informação quanto a identidade de gênero das usuárias atendidas. Outro fato interessante é que a Lei Maria da Penha teve sua extensão para mulheres transgênero sendo amplamente debatida no ano de 2019, mas o serviço de Petrópolis já tinha em seu entendimento a inserção deste público dentro do leque da população abrangida pela Lei 11.340/06.

Mulheres gestantes não foram a maioria neste estudo, porém houve atendimento a este público. A violência em período gestacional está presente e tem importantes reflexos comprovados na saúde materna e neonatal (GOMES, 2008). Heise *et al* (1999) afirmaram que mulheres em situação de violência durante o período gestacional tendem a começar tardiamente o atendimento pré-natal.

### **Bloco 3 – Características do evento e perfil do provável agressor**

A maioria das agressões foram físicas e psicológicas, tendo sido o menor percentual o de violência sexual. Neste tipo de violência o maior quantitativo foi de estupros, a maioria dos procedimentos a serem realizados foram de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis (IST). As agressões ocorreram em casa, no período

da noite (18 as 23h59) através de agressões verbais e físicas. Os bairros de maior ocorrência concentraram-se no 1º distrito, o bairro com mais casos foi o Centro.

O fato da violência física ter sido a mais atendida demonstrou em como os serviços ainda tratam as situações de violência como uma resposta para queixas e em como esses casos aparecem nos serviços apenas quando deixam marcas visíveis nas usuárias (SOARES, 2015). A violência física é, normalmente, o estopim em situações de violência psicológica recorrentes (SILVA *et al*, 2007). A agressão psicológica, por vezes, não é reconhecida pelas usuárias como violência; o que faz com que acabe sendo negligenciada (Sousa *et al*, 2013). No ano de 2018 a violência física representou 64,5% do total de situações de violência sofridas por mulheres na cidade.

De acordo com o Balanço de 2018 do Ligue 180 no Brasil o maior quantitativo de relatos de violência doméstica também foi referente à violência física (41,9%), seguido pela violência psicológica (16,3%), bem como foi observado nos dados municipais encontrados em 2018 em Petrópolis. A escolha deste documento se justifica pelo fato de não se querer fazer uma análise geral com dados de algum setor que já estivesse sendo utilizado para a comparação dos resultados encontrados.

A violência sexual foi a que apresentou os menores índices encontrados na pesquisa em todos os setores comparados; foram 5,4% dos casos no CRAM, 2,8% na VE e 2,7% na DP. Sousa *et al* (2013) também tiveram o mesmo achado e relataram que pela agressão ocorrer no âmbito privado entre um casal, não é percebida como violência, o que maqueia os reais indicadores. O tipo de violência sexual mais recorrente foi o estupro com 59% dos casos na VE e 43,3% na DP; dado também encontrado em pesquisa feita por Lawrenz *et al* (2019) para avaliar as notificações dos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul e que apontou o estupro como maior forma de violência sexual nos casos analisados.

O CRAM e as delegacias não se encontram em contato direto com a população, mas os dispositivos da vigilância epidemiológica, sim. Estes, inclusive, em um número muito maior e melhor distribuídos do que os outros equipamentos da rede de enfrentamento como já mencionado anteriormente; mesmo assim, a violência sexual não foi principalmente identificada e notificada pela equipe de saúde, na verdade, teve o seu menor número de registro pela ficha de notificação compulsória (2,8%).

Tal fator agravante é ainda pior ao notarmos que as fichas de notificação compulsória analisadas foram majoritariamente preenchidas por profissionais de saúde e/ou da assistência social que fazem parte da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres e sabem da importância desta identificação e dos procedimentos adotados a partir dela. Os relatos de violência sexual no país são de 3,0% segundo o balanço geral do Ligue 180 (2018).

Quando as mulheres buscam dispositivos da rede de saúde após a ocorrência de agressão sexual esperam encontrar medidas de proteção, que evitem ISTs e gravidez, principalmente. Tal informação vai de encontro aos dados do município de Petrópolis que teve 35,4% dos seus procedimentos decorrentes de violência sexual voltado para Profilaxia IST, 18,8% coleta de sangue e 16,7% para a contracepção de emergência. Lawrenz *et al* (2019) relataram que a maioria das mulheres que recebem o atendimento de saúde nos casos de estupro tem alta após realização dos procedimentos de assistência, o que ocorreu em sua pesquisa em apenas 2,4% das agressões sexuais identificadas.

No Estado do Rio de Janeiro, de acordo com os dados do SINAN (2017), do total de casos de violência contra mulheres, 32,2% eram de situações recorrentes. No município, o percentual encontrado, de 57,6%, foi ainda maior; quase o dobro. Os casos não informados e em branco totalizaram 26,8% na cidade e 43,2% no Estado. Os casos recorrentes de violência doméstica geram consequências para a saúde e para a qualidade de vida das mulheres e são indicadores de gravidade da situação (GOMES, 2008).

De acordo com dados do SINAN o Estado do Rio de Janeiro tem 48,1% dos casos acontecendo nas residências, os dados do município apontaram para 63,2%. A cidade teve um percentual, em proporção, maior do que o do Estado em si. São várias as pesquisas que corroboram para este resultado. Prates (2007), aponta que 55% dos casos de agressão ocorreram em ambiente familiar; no estudo de Garcia e Silva (2018) foram 69,6%. Em um outro estudo, Garcia (2016) analisa a magnitude invisível da violência contra mulher e relata que o fato da violência ocorrer majoritariamente dentro de casa, no ambiente privado, contribui para a invisibilidade do fenômeno.

As agressões ocorreram em casa, no período da noite (18 as 23h59) através de agressões verbais e físicas. Os bairros de maior ocorrência concentraram-se no 1º distrito (Petrópolis), o bairro com mais casos foi o Centro. O período da noite teve 35,5% dos

casos e o da madrugada, foi o que teve menor concentração de atendimentos, 13,8%; Sousa *et al* (2013) também tiveram os mesmos achados, com 41,1% das situações de violência pesquisadas sendo à noite e 12,8%, na madrugada.

Quanto ao dia da semana de maior ocorrência, dado obtido somente através dos registros de ocorrência das DP, notou-se convergência com os resultados do Estado do Rio de Janeiro, estando Petrópolis um pouco abaixo do percentual nos dias de domingo (17,4%) e sábado (16,7%); a cidade também teve índices elevados às segundas (15,0%). Isto ocorre porque o comércio (3º setor da economia) do município – onde se encontraram trabalhando a maioria das usuárias atendidas em casos de violência – funciona em regime de semana inglesa, o que significa dizer que os serviços só abrem no período da tarde. Foi apenas em julho de 2018 que houve uma flexibilização nesta deliberação que vigora na cidade há mais de 60 anos, contudo, tal hábito é cultural no local. Concomitante a isso, as segundas (15,0%) o município teve um percentual acima daquele encontrado no Estado do Rio de Janeiro que é de 14,6% (ISP, 2019).

Estes resultados, referentes ao dia da semana, local e horário, corroboraram para o entendimento de que as situações de violência ocorrem majoritariamente no período em que o autor se encontra mais tempo no domicílio, como também descrito por Sousa *et al* (2013). O meio de agressão mais empregado na DP foi a agressão verbal (61,8%), já na VE foi a agressão física (48,0%). Os resultados da VE foram condizentes com os encontrados por Garcia *et al* (2008), onde a agressão física esteve presente na maioria dos casos, seguida pela agressão verbal.

O bairro de maior ocorrência consistiu com o que foi descrito no bairro de residência das usuárias, os dois eram localizados no 1º distrito do município de Petrópolis, o que esteve em concordância, mais uma vez dentro desta variável, com o estudo de Sousa *et al* (2013).

Dados referentes ao motivo da violência no município de Petrópolis só foram obtidos nas fichas de notificação compulsória da VE e, mesmo assim, nas que eram mais atualizadas. Isto ocorre porque só a partir de 2013 houve a inserção desta variável. Na cidade, o sexismo apareceu em 44,1% dos casos coletados como o maior motivo; o que também aconteceu na pesquisa de Girianelli *et al* (2018). Os autores analisaram a qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovada no estado do Rio de

Janeiro e concluíram que a nova ficha de notificação contém conceitos que são atualmente discutidos, seu não preenchimento pode ser atribuído ao desconhecimento do significado dos termos e o domínio dos profissionais frente à demanda; em Petrópolis, 49,4% dos dados foram ignorados/estavam em branco;

Com relação ao perfil dos agressores, na VE foram os companheiros homens (34,1%) entre 25 a 59 anos de idade os maiores perpetradores, seguidos pelos ex-companheiros (23,1%); no CRAM, os mesmos autores apareceram de forma inversa, com os ex-companheiros sendo os principais responsáveis (23,6%) e logo após, os companheiros (17,4%). Estes dados foram validados pela pesquisa de Sousa *et al* (2013) que relatou o perfil dos perpetradores como companheiros (49,0%) com média de idade de 35,55 anos. Moura *et al* (2009) descrevem a violência contra mulheres por parceiro íntimo e esclarecem que tais dados podem ser analisados pelos papéis sociais impostos a homens e mulheres dentro das relações afetivas e principalmente, durante o casamento. Ainda segundo esse estudo, o grande número de casos provocados pelos ex-companheiros também é um fato que chama atenção; pois mesmo após a separação o autor continua a agredir.

A idade do agressor encontrada foi entre 25 a 59 anos no CRAM (52,8%) e na VE (50,9%) e foram referentes ao mesmo ciclo de vida encontrado por Sousa *et al* (2013), onde a maioria dos agressores tem entre 20 e 59 anos de idade.

Percebeu-se que na grande parte dos casos os autores fizeram uso de álcool e outras drogas, 55,4% no CRAM e 42,1% na VE. Comparando isoladamente os dados da VE de Petrópolis (42,1%) com os do Estado do Rio de Janeiro (20,5%) de 2017, tem-se que o município teve, proporcionalmente, mais do que o total do estado de registros de agressores sob uso de substâncias. Os resultados do Centro de Referência, que representaram sozinhos 50,4%, também foram bem maiores do que os encontrados no estado.

O abuso de álcool e outras drogas associado à recorrentes casos de violência e dependência química foi uma das principais causas de agressão encontradas por Sousa *et al* (2013). O uso das substâncias pode ser feito como mecanismo de compensação ou celebração/recreação (SOUSA *et al*, 2013). O consumo de álcool e outras drogas foi o fator mais associado aos atendimentos resultantes de violência doméstica familiar contra

mulher em estudos de casos e controles com dados do VIVA Inquérito 2011 (GARCIA *et al*, 2016).

#### **Bloco 4 – Sobre os itinerários e demandas das mulheres atendidas**

A busca pelo CRAM se deu principalmente por encaminhamentos provenientes das delegacias de polícia (42,4%), as usuárias apresentavam sobretudo, necessidade de atendimento jurídico (58,3%). Os serviços onde as usuárias mais foram encaminhadas foram, pela Vigilância Epidemiológica, a Delegacia de Polícia (65,1%) e pelo CRAM, o setor jurídico (12,7%). As profissionais responsáveis pelo maior número de notificações compulsórias foram as assistentes sociais (41,1%), que também foram as que mais fizeram primeiros atendimentos no Centro de Referência (43,1%).

Garcia e Silva (2018) pontuaram que no que se trata à evolução dos casos de violência em sua pesquisa, foram 9,0% encaminhadas para internação hospitalar e 5,3% para outros serviços. Garcia *et al* (2016) citam que a maioria das mulheres não recebe o acolhimento adequado nos primeiros serviços que procuram. Os autores reforçam que o encaminhamento correto e oportuno das usuárias faz diferença entre a vida e a morte das mulheres em situação de violência quando referenciadas adequadamente para os equipamentos de segurança pública, justiça, saúde e demais setores.

Os encaminhamentos apontam para uma rede de enfrentamento que não enxerga a violência como uma questão de saúde pública e não percebe os equipamentos deste setor como não só uma porta de entrada, mas um agente de monitoramento importante das situações de violência no próprio campo onde estas ocorrem (NEGRÃO, 2016).

A atenção primária e os serviços de urgências são tidos como privilegiados no atendimento e assistência aos casos de violência (SOARES, 2015), contudo, os números obtidos mostraram que o quantitativo de notificações feitas pelo setor saúde e seus equipamentos é muito aquém do que os profissionais verdadeiramente vivenciaram em sua prática profissional. Meneghel (2015) relatou em uma pesquisa realizada na América Latina e Caribe uma ineficácia institucional que compreende operadores policiais,

jurídicos, do setor de saúde e assistência social voltados para a burocracia, falta de comunicação e revitimização das mulheres.

A pesquisa mostrou que os profissionais e a população não têm uma percepção dos casos de violência como um problema de saúde pública, visto que não só as notificações compulsórias – feitas em casos suspeitos ou confirmados de violência – quase não são realizadas dentro da rede intrasetorial de saúde, como também os encaminhamentos para a mesma possuem número reduzido quando comparados ao setor judiciário, por exemplo. Os dados produzidos ou a falta destes pelo setor de Vigilância Epidemiológica chamou atenção durante a análise deste estudo. Os profissionais do setor saúde foram os que menos notificaram novos casos de violência contra as mulheres; assim como também tiveram os maiores índices de dados não informados frente ao registro das ocorrências. Na maioria das vezes não se realizaram encaminhamentos dos outros setores da rede de enfrentamento para o setor saúde, como dito anteriormente e comprovado nesta pesquisa, com exceção dos casos de estupro.

Dentro do setor saúde, os cuidados prestados pelos profissionais podem ampliar ou reduzir a autonomia da mulher (DINIZ, 2015). Como estão em contato direto com as usuárias, suas famílias e comunidade, podem acolhê-las de forma preventiva a situações mais graves. Contudo, estudos apontam que a violência contra as mulheres não é identificada nos atendimentos em saúde – o que vai de encontro aos achados deste estudo – pois os profissionais se mostram despreparados (SCHRAIBER *et al.*, 2002) e tem dificuldades em lidar com demandas que não sejam especificamente enfermidades (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Esse preparo deficiente é advindo de formações acadêmicas que não contemplam, situações como as de violência, em seus currículos dentro da área da saúde. Por isso, durante a assistência, os profissionais não têm conhecimento para identificá-las (GONÇALVES e FERREIRA, 2002) e, no caso específico de violência contra mulheres, tratam o fato com certa naturalização. Leal e Lopes (2005) salientam que ainda que haja a identificação dos casos – o que já é difícil – os profissionais não sabem o que fazer com eles, não assimilam o campo da violência como um problema de saúde e, conseqüentemente, não percebem seu papel dentro dele. Os profissionais têm medo de atuar frente às situações de violência, por despreparo, não sabem como abordar a temática e preferem fechar os olhos frente a ela (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Na atenção básica a violência apareceu de forma descontextualizada, o que significa dizer que não foi reconhecida pelos profissionais como parte dos problemas que atenderam; limitando-se assim a tratar as consequências físicas e psicológicas advindas. Com isso, a violência não é percebida como um agravo à saúde, o que leva à invisibilização, subregistro e omissões. Esse comportamento afeta os números reais de violência contra as mulheres e reduz as chances de planejamento e construção de intervenções eficazes baseadas na real demanda. Os profissionais alegam que a pauta da violência contra mulheres não se encontra dentro da saúde pública, que não há recursos para o enfrentamento, que não há rede de apoio e que como não tiveram formação específica, não podem oferecer um atendimento de qualidade (BONFIM, LOPES e PERETTO, 2010). Nos serviços de urgência o atendimento é completamente voltado para o tratamento de lesões, o que por si só já evidencia a dificuldade que os profissionais têm não só em lidar com os casos de violência, mas na atuação sobre o conceito ampliado de saúde (LEAL e LOPES, 2005).

Os órgãos responsáveis pela gestão do SUS precisam assumir a garantia do direito a um atendimento integral, humanizado e resolutivo em ações de profilaxia e diminuição dos agravos sofridos pelas mulheres vítimas de violência. Para além disso os gestores precisam focar na qualidade dos registros de informações decorrentes destes atendimentos (DELZIOVO *et al*, 2018).

Informar é aumentar as certezas sobre fatos e coisas. Negrão (2016) afirma que a informação é uma ferramenta fundamental para que o planejamento e a implementação de políticas públicas ocorram, já que serve para orientar qual tipo de ação deve ser tomada e de que forma. Com isso, define intervenções e investimentos e ainda permite a avaliação dos resultados obtidos (ANVISA, 2008).

A informação é mais utilizada na forma de indicadores. Estes são capazes de resumir, representar e dar significado ao que se deseja avaliar (ANVISA, 2008). A autora pontua que se tratando de violência contra as mulheres, os gestores têm dificuldades em atuar utilizando a informação como um subsídio que pauta o planejamento e a execução das políticas em si. A falta de um sistema de informação capaz de mensurar e monitorar o fenômeno complicam ainda mais a mensuração do mesmo.

A fragilidade dos encaminhamentos, como observada nos dados encontrados nesta pesquisa, traz consequências para o processo de referência e contra referência da rede de enfrentamento a violência contra as mulheres. Isso gera uma falta de proteção por estes órgãos e uma conseqüente peregrinação da usuária, dificuldade de monitorização de forma contínua do caso e a impossibilidade do desenvolvimento e articulação de ações que promovam a integralidade do cuidado e a resolutividade das situações de violência (CALLOU *et al*, 2009).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de sistematização dos dados pelos equipamentos da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres em Petrópolis pôde ser percebida durante a apresentação dos resultados e suas consequências discutidas ao longo desta pesquisa. Principalmente o Centro de Referência, apresenta tabelas muito simples, sem qualquer cruzamento de dados. O setor da Vigilância Epidemiológica é mais avançado neste quesito. Não se pode descrever a fundo o equipamento das Delegacias de Polícia, pois os dados foram coletados através do Dossiê Mulher, documento de domínio público (ISP, 2019). A rede funciona com base em iniciativas isoladas de cada setor, ainda muito tímidas e com informações básicas de acordo com suas necessidades. Existem dispositivos que mantêm certa articulação, mas nenhum que apresente uma comunicação efetiva com relação as informações coletadas. Sem pensar de fato em rede, cada serviço desenvolve seus registros de forma individual, portanto, percebe-se que os equipamentos não têm nos registros uma forma de organização do processo de trabalho em rede, que converse com outros órgãos; mas sim como algo que responda a demandas institucionais de forma individual.

Um cuidado integral a mulher em situação de violência perpassa a atuação em rede, que em Petrópolis, embora conte com múltiplos equipamentos, ainda funciona de forma pouco sincronizada. A cidade vem desenvolvendo desde a criação do Centro de Referência e Atendimento à Mulher, em 2007, políticas de enfrentamento à violência. O município conta com agentes governamentais e não governamentais engajados na atuação com relação à temática; mas foi perceptível durante a realização do estudo como a falta de compreensão do fenômeno da violência tem relação negativa com o preenchimento dos registros feitos pelos profissionais prestadores da assistência. As diferentes denominações dadas não só para o evento, mas nas próprias variáveis escolhidas por cada setor para realização de seus indicadores, influenciou na qualidade e tipo de resultado que se consegue obter.

Durante a experiência do campo, na coleta de dados nos cenários escolhidos, notou-se como a capacitação específica para atuação com a temática da violência de gênero se refletia nos dados das fichas. Foram muitas as que tinham erros de registro das usuárias, duplicidade de dados, informações incompletas e ignoradas. O Centro de Referência

ainda tem seu armazenamento de dados de forma manual. Em comparação com os outros setores analisados neste estudo é o que ainda apresenta uma maneira muito rudimentar do controle de informações.

A pesquisa aponta que há uma necessidade em criar novos processos de avaliação e melhorar os já existentes sistemas de monitoramento para as redes intra e intersetorial de enfrentamento à violência contra as mulheres com o estabelecimento de metas municipais e indicadores. Dessa forma, impulsionar que a tomada de decisões seja feita de forma conjunta entre os equipamentos e profissionais, de forma contínua e multifacetada; trabalhando sobre o fenômeno da violência como ele demanda. A dificuldade de comunicação entre os serviços em forma de rede acarreta no desconhecimento dos profissionais sobre serviços e ações de enfrentamento e atendimento disponíveis.

A divergência de atendimentos entre os serviços é grande, CRAM e VE ainda tiveram uma aproximação de dados maior, mas as DP tiveram números muito mais elevados. Isso acontece porque assistência às mulheres em situação de violência ainda é culturalmente relacionada a ótica da penalização e criminalização; mas as ações de enfrentamento não se restringem as áreas de segurança pública, mas envolvem diversos outros setores de uma extensa rede. As políticas e normas técnicas que articulam a temática da violência têm sido pouco monitoradas, o que influencia na real dimensão das dificuldades na atenção às mulheres em situação de violência e na visualização de instrumentos capazes de prevenir e eliminar a violência de gênero.

A rotatividade de funcionários nos equipamentos estudados, principalmente no setor saúde, também é outro fato que ecoa diretamente nos dados apresentados. A equipe da Vigilância Epidemiológica, por mais que capacite os profissionais, não dá conta, pois a rede é muito extensa e a equipe de monitoramento do setor é composta por uma única pessoa. Isso se manifesta nos altos índices de dados não informados advindos da VE. A Vigilância Epidemiológica teve o menor número de novos registros no ano de 2018, mas é o que tem mais dispositivos espalhados em todo o município e o que está mais perto da população, visto que tem a distribuição muito maior e melhor do que os outros equipamentos. A integralidade do cuidado é um dos eixos principais na Política de Enfrentamento à Violência contra Mulher e a falta de comunicação entre os serviços interfere na abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional que o fenômeno

demanda, pois há um desconhecimento não só em nível da assistência, mas da própria política.

Este estudo não teve a intenção de apresentar números absolutos com relação a violência contra as mulheres no município, visto as dificuldades relatadas aqui no cruzamento dos dados coletados, mas de apontar os limites e potencialidades dos registros, para a partir destes ampliar o olhar acerca da temática, melhorando a qualidade das informações, o armazenamento dos bancos de dados e o modo em lidar com tais indicadores. Neste sentido, é possível indicar a necessidade da criação de indicadores comuns aos serviços existentes para o mapeamento adequado deste fenômeno e a urgência de normatização das categorias presentes nos registros. A organização dos dados de forma eficiente e profissionais capacitados para coleta e sistematização adequada destes, revelam-se como uns dos principais desafios para a articulação em rede e a integralidade do cuidado neste âmbito.

Propõem-se como sugestão diante da presente pesquisa a definição de variáveis mínimas que todos os serviços da rede devem registrar, tais com o perfil das mulheres, características do evento, perfil do provável agressor, encaminhamentos realizados, de forma que os relatórios dos atendimentos realizados conversem entre si, possam subsidiar as ações dos diferentes serviços e da rede como um todo, além de permitir sua divulgação para a população.

Entende-se que o monitoramento da rede: 1) permite que as ações de conscientização da população sejam distribuídas ao longo do ano e não somente em datas específicas; 2) fornece dados para a construção de pesquisas que ajudem a compreender e desenvolver estratégias de enfrentamento subsidiando políticas públicas; 3) contribui para o desenvolvimento de atividades que sejam direcionadas a um público alvo, tornando as ações mais efetivas; 4) possibilita a criação de fluxos e expansão da rede conforme a necessidade local. Mapear a situação de violência no município dá visibilidade ao fenômeno e é parte do esforço para a construção de realidades sociais mais equânimes entre os gêneros.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Rejane Aparecida *et al.* Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 871-883, Dec. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400002&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. Epub Dec 11, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000049>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANTÁRIA (ANVISA). *Conceitos básicos para a construção de indicadores, capacitações no elenco norteador e indicadores do Sinavisa*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a6f4550047457a6b86e4d63fbc4c6735/Conceitos+Basicos+para+Elaboracao+dos+Indicadores.ppt?MOD=AJPERES>. Acesso em: 2015.

BADINTER, Elizabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BANDEIRA, Lourdes Maria. e ALMEIDA, Tânia Maria Campos. Políticas Públicas de Gênero. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infâmia: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 275 – 277.

BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Soc. estado.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, Aug. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922009000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000200004&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000200004>.

BARROS, Érika Neves de *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 591-598, Feb. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200591&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200591&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo: A Experiência Vivida**. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. 500 p. v. 2. Disponível em: <<http://www.afoiceemartelo.com.br/posfsa/autores/Beauvoir,%20Simone%20de/O%20Segundo%20Sexo%20-%20II.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BERTOLANI, Georgia Bianca Martins; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 286-301, June 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 97-104, Mar. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade simples 2000 - 2060**. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.778 de 2003**. Presidência da República. Brasília, nov. 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 07 de ago. de 2006**. Lei Maria da Penha. Presidência da República. Brasília, ago. 2006. 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 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.. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. **Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015**. Presidência da República. Brasília, mar. 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm)>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_reducao\\_morbimortalidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_reducao_morbimortalidade.pdf)> Acesso em: 26 Nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Convenções Internacionais**: Convenção de Belém do Pará. 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/legislacao/convencoes-internacionais>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República - Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. 68 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República - Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. 44 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República - Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. 72 p. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 91 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**: Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: O SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências - Notificações Registradas**: banco de dados. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violejrj>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10rj.def>>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. **Norma Técnica de Uniformização Norma Técnica de Uniformização**: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Brasília: SPM, 2006. 48 p. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia/view>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Senado Federal - Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência (OMV). **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil**: indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal, 2016. 70 p. v. 1. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série E, Legislação de Saúde, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**, Brasília: MS, p. 1-26, 2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 18 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2017.

CASSAB, Latif Antonia. Violência de Gênero. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 376-378.

CALLOU, Jayce Layana Lopes; ESPINDULA, Daniel Henrique Pereira. H.;SAMPAIO, Juliana. Rede de Atenção à mulher vítima de violência no município de Juazeiro-BARRAMA JUA: Implantação, limites e desafios. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**, 1979. 13 p. Disponível em: [www.mulherdeclasse.com.br/ConvencaoMulheres.pdf](http://www.mulherdeclasse.com.br/ConvencaoMulheres.pdf). Acesso em: 12 set. 2018

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da violência 2018**: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros. Brasília: IPEA, 2018. 35 p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180614\\_atlas\\_2018\\_retratos\\_dos\\_municipios.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180614_atlas_2018_retratos_dos_municipios.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CIDH. **Convenção Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar Convenção Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar a Violência contra a Mulher violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará**. Belém do Pará, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm> Acesso em: 9 set. 2018.

COCCO, Marta; LOPES, Marta Julia Marques. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 151-159, Mar. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100021&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100021>

COSTA, Marta.Cocco. Programas de Enfrentamento da Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 290 – 291.

COURBIN, Alain.; COURTINE, Jean-Jacques. e VIGARELLO, George. Prefácio. In : VIGARELLO, G. (Org.). *História do Corpo*. V.1, *Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.

DELZIOVO, Carmem Regina *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 5, p. 1687-1696, May 2018 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000501687&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501687&lng=en&nrm=iso)>. access  
on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>

DELZIOVO, Carmem Regina; OLIVEIRA, Caroline Schweitzer e BARROS, Kelvia Assunção Ferreira. Rede de Atenção as Pessoas em Situação de Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 304 – 308.

DELZIOVO, Carmem Regina; OLIVEIRA, Caroline Schweitzer de; JESUS, Luciana Oliveira de; COELHO, Elza Berger Salema. **Atenção à Homens e Mulheres em Situação de Violência**. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 52 p. Disponível em: <http://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Atencao-1.pdf>. Acesso em: 23 agosto 2018

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Integralidade em Saúde da Mulher. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 182 – 184.

ENGEL, Cíntia Liara. A violência contra a mulher. Ipea - Instituto de economia aplicada. Brasília. 2019. Disponível em: <  
[http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190215\\_tema\\_d\\_a\\_violencia\\_contra\\_mulher.pdf](http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190215_tema_d_a_violencia_contra_mulher.pdf) >  
Acesso: Jan, 2020.

ESPLUGUES, José Sanmartín *et al.* **Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja**: Estadísticas y legislación. 3. ed. Valencia: Instituto Centro Reina Sofía, 2010. 128 p. Disponível em:  
<<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/iii-informe-internacional-violencia-contra-la-mujer-en-las-relaciones-de-pareja/view>>. Acesso em: 19 out. 2018.

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 3, p. 04-05, 2016. Disponível em:  
<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252016000300002](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000300002)>. Acesso em 18 jun 2018.

FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos web: linhas de ação e maneiras de atuação no debate feminista contemporâneo. **Cad. Pagu**, Campinas , n. 44, p. 199-228, June 2015 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332015000100199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332015000100199&lng=en&nrm=iso)>. access  
on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4449201500440199>.

GARCIA, Leila Posenato. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016

. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>.

GARCIA, Leila Posenato *et al* . 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, e00011415, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000400704&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400704&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. Epub Apr 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011415>.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, e00062317, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Jan. 2020. Epub Mar 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00062317>.

GARCIA, Marilúcia Vieira *et al* . Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, p. 2551-2563, Nov. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993. 228 p.

GIRIANELLI, Vania Reis *et al* . Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 318-326, July 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2018000300318&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300318&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. Epub Sep 17, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030075>.

GOMES, Ana Paula Portella Ferreira. Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

GONCALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 315-319, Feb. 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

GROZS, E. Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu*, 14: 45-86, 2000.

HEISE, Lori., ELLSBERG, Mary, GOTTEMOELLER, Megan. Ending violence against women. **Population Reports**, v.27, n.4, p.1-43, 1999. Disponível em: <<https://vawnet.org/sites/default/files/assets/files/2016-10/PopulationReports.pdf>> Acesso em Jan, 2020.

HEISE, Lori. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. 1, p. S135-S145, 1994 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500009&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500009>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População de Petrópolis RJ**. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_rio\\_de\\_janeiro.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_de_janeiro.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2018.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (RJ). **Dossiê Mulher 2015**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015. 98 p. Disponível em: <[http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/uploads/DossieMulher2015.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2015.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (RJ). **Dossiê Mulher 2019**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018. 110 p. Disponível em: <[http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2019.

KIND, Luciana *et al* . Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 11, n. 23, p. 485-501, Dec. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

KRUG, Etienne G. *et al*. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAGUARDIA, Josué *et al* . Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004

. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742004000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>.

LAMOGLIA, Claudia Valéria Abdala; BARRETO, Marcia Noeli. Delegacia de Mulheres. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 88-89.

LAWRENZ ET AL 2019 LAWRENZ, Priscila *et al* . Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 34, e34428, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722018000100527&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100527&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. Epub May 16, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34428>.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 419-431, Apr. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200020&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

LE BRETON, David. *A Sociologia do Corpo* [1992]. Petrópolis: Vozes, 2010.

Ligue 180 - Central de atendimento à mulher: Dados consolidados 2018 (MMFDH). Relatório 2018, 2019. Disponível em: [https://www.mdh.gov.br/informacao-aocidadao/ouvidoria/Balanco\\_180.pdf](https://www.mdh.gov.br/informacao-aocidadao/ouvidoria/Balanco_180.pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

LIMA, Jamile Santana Teles. Estratégias de enfrentamento em mulheres que sofrem violência por seus parceiros. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes. Aracaju, Sergipe, 2013.

LIMA, Jamile Santana Teles; VARGAS, Marлизete Maldonado. (2013). Autoestima e estratégias de enfrentamento de mulheres que sofrem violência doméstica: Uma experiência de diagnóstico participativo. Monografia (Graduação de Psicologia). Universidade Tiradentes. Aracaju, Sergipe.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/7d2b/dcd5537b45816a05c8de5c9bd9075d558d81.pdf>

LOPES, Marta Julia Marques. Protocolos de Saúde Sexual e Reprodutiva. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 292 – 294

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al* . Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>.

MATOS, Marlise. Gênero. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 153-155.

MELO, Elza Machado de. Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 370-372.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al* . Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 743-752, Apr. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 29 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 3077-3086, Sept. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>.

MENEGHEL, Stela Nazareth. Rotas Críticas. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 321 – 322.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. cap. 1, p. 21-42. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Parte I - Violência como Processo Sócio - Histórico: Um fenômeno de causalidade complexa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 1, p. 13-25.

MOTTA, Alda Britto da; SARDENBERG, Cecília; GOMES, Márcia (Org.). **Um diálogo com Simone de Beauvoir e outras falas**. Salvador: Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre A Mulher - NEIM/ Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2000. 337 p. v. 5. Disponível em: <<http://www.neim.ufba.br/wp/wp-content/uploads/2013/11/simone.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

MOURA, Leides Barroso Azevedo *et al* . Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 6, p. 944-953, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. Epub Dec 04, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000069>.

NEGRÃO, Telia. Saúde e violência de gênero: necessário monitoramento. In: TAVARES, Márcia Santana; SANDENBERG, Cecília Maria Bacelar (Org). Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Salvador: Edufba, 2016.

NETTO, Leônidas de Albuquerque *et al* . Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 5, p. 458-464, Oct. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400075>.

OLIVEIRA, F. *Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades*. Minas Gerais: Conselho Federal da Mulher, 2001.

OLIVEIRA, Simone Francisca de. Assistência as Mulheres em Situação de Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infâmia: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 43-45.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde**. Genebra: OMS/OPAS, 2002. 350 p. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

PORTELLA, Ana Paula et. al. "Nunca como nossas mães!" Brasil - escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas de casa. In: PETCHESKY, Rosalind; JUDD, Karen. (Orgs.). *Negociando Direitos Reprodutivos: Perspectivas das Mulheres em Diferentes Países e Culturas*. Recife: SOS Corpo, 2005. p. 53-92.

PRATES, PL. **Violência Doméstica e de Gênero: Perfil Sociodemográfico e Psicossocial de Mulheres Abrigadas**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07052008-135147/publico/PaulaPrates.pdf>> Acesso em Jan, 2020.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual**. Políticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: n-1 edições, 2014. 223p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS (Petrópolis) (ed.). **Divisão dos cinco distritos do município de Petrópolis - RJ**. Petrópolis: PMP, 2020. 1 mapa. Disponível em: <http://sig.petropolis.rj.gov.br/e-gov/spe/bdgg/1mpp/bairros.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

RODHEN, Fabíola. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. IN: CARRARA, Sérgio (orgs.). **Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 448 p.

ROIZ, Diogo Silva. O Corpo no Ocidente medieval. *Estudos Feministas*, 18 (2): 607-623, 2010.

SAFFIOTI, Helelieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 151 p. Disponível em: <[https://www.dropbox.com/s/s7deuww5dd4n3jn/Genero-Patriarcado-Violencia-Saffiotti\\_LivroCompleto.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/s7deuww5dd4n3jn/Genero-Patriarcado-Violencia-Saffiotti_LivroCompleto.pdf?dl=0)>. Acesso em: 08 nov. 2018.

SAGOT, Montserrat. Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar em América Latina: estudos de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/rutacritica.pdf>> Acesso em: 10 set. 2019.

SANTOS, Gilney Costa. e AGOSTINI, Marcia. Políticas Públicas de Prevenção da Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 277 – 279.

SALIBA, Orlando *et al* . Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 472-477, June 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica**. 2. ed. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, 2003. 37 p. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1597\\_1677\\_cartilhaviolenca.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1597_1677_cartilhaviolenca.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; FRANCA JUNIOR, Ivan. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, supl. 1, p. 127-137, June 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000800015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800015&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800015>.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al* . Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 36, n. 4, p. 470-477, Aug. 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al* . Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1019-1027, Aug. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232009000400009&lng=en&nrm=iso>. access  
on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400009>.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* **Violência Dói e Não é Direito**: a violência contra mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, Apr. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100003&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100003>. SILVA, Miryam Cristina Mazieiro Vergueiro da. **Rota crítica**: os (des) caminhos trilhados por mulheres em situação de violência doméstica na busca por ajuda. 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Acesso em: 2019-09-10

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/download/71721/40667>. Acesso em 29 de nov 2018.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, Apr. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100009&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>

SILVA, Miryam Cristina Mazieiro Vergueiro da. **Rota crítica**: os (des) caminhos trilhados por mulheres em situação de violência doméstica na busca por ajuda. 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. doi:10.11606/D.5.2009.tde-22062009-102249. Acesso em: 2019-09-10

SILVEIRA, Raquel da Silva; NARDI, Henrique Caetano; SPINDLER, Giselle. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 323-334, Aug. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200009>

SOARES, Joannie Santos Fachinelli. Identificação de casos de violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infâmia: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 168 – 170

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.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 425-431, 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400011&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400011>.

UNWOMEN. **El progreso de las mujeres en el mundo 2011- 2012**: In pursuit of justice. New York: UNWomen, 2011. 164 p. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/ProgressOfTheWorldsWomen-2011-en.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

VILLELA, Wilza Vieira *et al* . Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 113-123, Mar. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2019.

**APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Data do atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Cor: ( )

1- Branca; 2- Preta; 3- Amarela; 4- Parda; 5- Indígena; 6- Ignorada

Escolaridade: ( )

1- Analfabeta; 2- 1ª a 4ª série incompleto EF; 3- 4ª série completa do EF; 4- 5ª a 8ª série incompletos; 5- Ensino Fundamental completo; 6- Ensino médio incompleto; 7- Ensino médio completo; 8- Educação Superior incompleta; 9- Educação superior completa; 10- não se aplica; 11 – ignorado

Ocupação: \_\_\_\_\_

Situação conjugal: ( )

1- Solteira; 2- Casada/ União Estável; 3- Viúva; 4- Separada; 5- Não se Aplica; 9- Ignorado

Bairro de Residência: \_\_\_\_\_

Bairro de Ocorrência: \_\_\_\_\_

Tipos de violência: ( ) Física; ( ) Psicológica; ( ) Negligência/Abandono; ( ) Sexual; ( ) Tráfico de seres humanos; ( ) Tortura; ( ) Patrimonial; ( ) Outros

Relação com a pessoa atendida: ( ) Pai; ( ) Mãe; ( ) Padrasto; ( ) Madrasta; ( ) Cônjuge; ( ) Ex-cônjuge; ( ) Namorado (a); ( ) Ex-namorado (a); ( ) Amigos/ conhecidos; ( ) Desconhecido; ( ) Cuidador; ( ) Patrão/Chef; ( ) Pessoa com relação institucional; ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Sexo do provável autor da agressão: ( )

1- Masculino; 2- Feminino; 3- Ambos os sexos; 9- Ignorado

Evolução da pessoa atendida para outros setores: ( ) Conselho Tutelar; ( ) Vara da Infância/ Juventude; ( ) Casa de Proteção/ abrigo; ( ) Programa Sentinela; ( ) Delegacia Especializada da Mulher; ( ) Outras delegacias; ( ) Ministério Público; ( ) Centro de Referência da Assistência Social; ( ) IML; ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**NOTIFICADOR**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NAS FICHAS DE ATENDIMENTO DO CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER**

Data do Atendimento: \_\_/\_\_/\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Bairro de residência: \_\_\_\_\_

Busca pelo serviço: ( )

1- Delegacia; 2- SETRAC/ CRAS; 3- CAPS/ CAPSI; 4- ONGs; 5- Juizado; 6- Hospital/ Amb/ PSF; 7- Antidrogas; 8- Def. Pública; 9- Instituto da Mulher; 10- Secretarias Municipais; 11- Conselhos Municipais; 12- Amb. Saúde Mental; 13- Outros:

\_\_\_\_\_

Cor: ( )

1- Branca; 2- Preta; 3- Parda; 4- Indígena; 5- Amarela; 6- Ignorado

Estuda: ( ) Sim ( ) Não

Escolaridade: ( )

1- Sem escolaridade; 2- Ensino Fundamental Incompleto; 3- Ensino Fundamental Completo; 4- Ensino Médio Incompleto; 5- Ensino Médio Completo; 6- Ensino Superior Incompleto; 7- Ensino Superior Completo; 8- Pós graduação

Profissão: \_\_\_\_\_ Autonomia Financeira: ( ) Sim ( ) Não

Estado Civil: ( )

1- Solteira; 2- Casada; 3- Separada; 4- Divorciada; 5- Viúva; 6- Namorando; 7- União Estável

Tipo de Violência: ( ) Física; ( ) Sexual; ( ) Psicológica; ( ) Patrimonial; ( ) Moral

Relação com o autor: ( ) Marido; ( ) Ex-marido; ( ) Companheiro (a); ( ) Ex-companheiro(a); ( ) Namorado (a); ( ) Ex-namorado (a); ( ) Outros:

\_\_\_\_\_

Sexo do autor da agressão: ( )

1- Masculino; 2- Feminino; 3- Ambos os sexos; 9- Ignorado

Necessidade apresentada: ( ) Jurídica; ( ) Psicológica; ( ) Social

Encaminhamentos externos: ( ) Jurídico; ( ) Psicológico; ( ) Social; ( ) Grupo de Reflexão/ Artesanato ( ) Outros: \_\_\_\_\_

DEMAIS REGISTROS

( ) Realização de R.O. ( ) Preenchimento de Ficha de Notificação

Profissional responsável pelo primeiro atendimento: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – VERSÃO 5.1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros	
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde	
	9 Data da ocorrência da violência		Código (IBGE)	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
Notificação Individual	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	16 Escolaridade		14 Gestante	
	0- Analfabeto              1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)              2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)              3- 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)              4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)              5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)              6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)              7- Educação superior incompleta              8- Educação superior completa              9- Ignorado              10- Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	17 Número do Cartão SUS		15 Raça/Cor	
	18 Nome da mãe		<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	19 UF		20 Município de Residência	
Dados de Residência	21 Distrito		Código (IBGE)	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida, ...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	
	<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida, ...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

<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"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<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: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
<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 _____			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</b> <b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Disque Direitos Humanos 100</b> <b>Central de Atendimento à Mulher 180</b>			
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____		Assinatura _____	
Função _____			
Violência interpessoal/autoprovocada      Sinan      SVS 15.06.2015			







### ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – ENSP/FIOCRUZ



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mulheres em situação de violência: análise de dados de serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis/ RJ nos anos de 2007 a 2017

**Pesquisador:** DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07505819.4.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.165.749

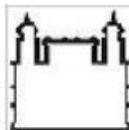
##### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa: Mulheres em situação de violência: análise de dados de serviços da rede de enfrentamento no município de Petrópolis/ RJ nos anos de 2007 a 2017, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da área de concentração Sociedade, Violência e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, qualificado em 11/01/2019, pela aluna Desirre Mathias Pinheiro da Silva, orientada pela Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Wernersbach Pinto e co-orientada pela Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lucia Marques da Silva. Apresenta financiamento próprio de R\$420,00.

O tema do estudo é a violência contra as mulheres, sua relevância para a saúde pública, a conceituação como um problema de direitos humanos e a necessidade de abordar o assunto.

Pesquisa quantitativa descritiva do tipo transversal, cujo objetivo é analisar os dados oriundos dos serviços da rede de enfrentamento à mulher em situação de violência no município de Petrópolis – RJ nos anos de 2007 a 2017. Serão analisados dados secundários sobre violência contra mulher registrados no CRAM, na Vigilância Epidemiológica e nas delegacias de Petrópolis - RJ (105 e 106 DP). Os cenários para realização do estudo serão o CRAM – Tia Alice, no qual serão coletados os dados nos livros de registro de atendimento e nas fichas de atendimento; a 105ª e 106ª Delegacias de Polícia, onde se terá contato com os registros de ocorrência e a Vigilância

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.165.749

Epidemiológica, local onde se encontram as fichas de notificação. Também busca-se conhecer a realidade do município de Petrópolis, de forma geral, através da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O universo pesquisado será o de atendimentos dos serviços descritos (CRAM, Vigilância Epidemiológica e Delegacias de Polícia). Foram confeccionados formulários para coleta dos dados baseados na ficha de notificação do SINAN e na ficha de atendimento do CRAM. Pretende-se elaborar também um formulário específico para o registro de ocorrências da 105 e 106 DP, quando o acesso a estes documentos for permitido. Conhecer como as DPs registram estas ocorrências e o seu conteúdo é importante na definição dos dados que serão coletados para atender aos objetivos deste trabalho. A análise dos dados compreenderá o cálculo das distribuições de frequência simples e relativas. Os dados serão apresentados em tabelas e gráficos, o cálculo de medidas de resumo como média, mediana, quartis, amplitude e desvio padrão e a realização de cruzamentos entre variáveis. Para a verificação de associação entre variáveis categóricas será empregado qui quadrado. A construção do banco e o processamento e análise dos dados será realizado no programa SPSS 24.

**Critério de Inclusão:** Serão analisados todos os registros/notificações de mulheres em situação de violência contidas no CRAM - Tia Alice, nas 105ª e 106ª Delegacias de Polícia de Petrópolis e na Vigilância Epidemiológica, no que se refere ao município de Petrópolis.

**Critério de Exclusão:** Os critérios de exclusão da pesquisa serão os atendimentos às mulheres com menos de 18 anos de idade e com mais de 60 anos nos serviços da rede de atendimento e enfrentamento à mulher em situação de violência no município de Petrópolis (Centro de Referência, 105ª e 106ª DP e Vigilância Epidemiológica).

Tais critérios foram escolhidos, pois, de acordo com o fluxograma do município, adolescentes menores de 18 anos devem ser encaminhadas inicialmente ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e mulheres com mais de 60 anos, consideradas idosas pelo Estatuto do Idoso e a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, contam com uma Defensoria do Idoso. Caso os serviços não consigam sanar as dúvidas ou resolver as questões das usuárias, elas podem procurar o CRAM, mas não como porta de entrada no sistema.

Tamanho da Amostra no Brasil: 9.000

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.165.749

Propõe dispensa do TCLE. Justificativa: É solicitada a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva, onde os dados obtidos serão tratados de maneira alfanumérica, sem a identificação das usuárias. Os resultados serão apresentados de forma agregada e não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

#### Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Análise dos dados oriundos dos serviços da rede de enfrentamento à mulher em situação de violência no município de Petrópolis – RJ nos anos de 2007 a 2017.

#### Objetivo Secundário:

- Identificar o número de casos de mulheres em situação de violência que chegaram aos serviços/ instituições da rede e realizaram registros (Ficha de Notificação do SINAN, Registro de Ocorrência das delegacias e ficha de atendimento do CRAM) entre 2007 e 2017 em Petrópolis;
- Descrever o perfil de mulheres atendidas na rede de atendimento e enfrentamento às mulheres em situação de violência de Petrópolis no recorte de tempo de 2007 a 2017;
- Identificar o tipo de violência sofrida e a relação da mulher com o agressor, bem como o sexo do mesmo;
- Conhecer os itinerários das mulheres atendidas em Petrópolis e as demandas por elas apresentadas;
- Conhecer a ocupação dos profissionais que as atendem."

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

"O possível risco da presente pesquisa é o fornecimento de informações pessoais. Contudo, este será minimizado com a manutenção dos dados em sigilo e preservação do anonimato das mulheres atendidas com a substituição de seu nome por uma identificação sequencial alfanumérica. Todos os dados da pesquisa serão divulgados apenas de forma compilada. A pesquisadora se compromete a manter a confidencialidade dos dados. O banco dos dados extraídos das fontes eleitas para esta pesquisa será acessado exclusivamente pela pesquisadora e suas orientadoras, já sem a identificação nominal das mulheres atendidas."

##### Benefícios:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo			
Bairro: Manguinhos		CEP: 21.041-210	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



Continuação do Parecer: 3.165.749

"Como benéficos, o estudo apresenta possibilidade de gerar um apontamento para promoção do bem estar físico, mental e social das mulheres do município de Petrópolis – RJ e ao funcionamento da rede de atendimento e enfrentamento à violência contra as mulheres. Isto porque o resultado desse trabalho permitirá a análise de dados estatísticos para avaliar o panorama de violência contra mulheres na cidade e poderá ser instrumento para subsidiar a ação de gestores municipais na avaliação dos serviços. Logo, fortalecendo e redirecionando as políticas públicas para a pactuação de estratégias de prevenção em conjunto com a rede que serão refletidas tanto em nível micro, ou seja, nos indivíduos, quanto em nível macro, ou seja, na sociedade."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- 1- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável, postada em 08/02/2019;
- 2- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado Projeto\_integra\_desirre.docx, postado em 08/02/2019;
- 3- Formulário de Encaminhamento nomeado Formulario\_Encaminhamento\_Assinado.pdf, postado em 08/02/2019, assinado pela co-orientadora. Projeto qualificado em 11/01/2019.
- 4- Cronograma, nomeado Cronograma.docx, postado em 08/02/2019;
- 5- PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1295283.pdf, postado em 08/02/2019;
- 6- Planilha de orçamento, nomeado Orcamento\_pesquisa.docx, postado em 08/02/2019;
- 7- Termos de anuência das instituições coparticipantes Centro de Referencia de Atendimento à

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.165.749

Mulher e Secretária Municipal de Saúde, nomeados Termo\_anuencia\_VigEpidemiologica.docx, Termo\_anuencia\_CRAM.docx, postados em 08/02/2019;

8. - Instrumentos de coleta de dados nomeados Instrumento\_Vigilancia\_Epidemiologica.docx e Instrumento\_CRAM.docx, postado em 08/02/2019;

9. Termo de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado Termo\_IsencaoTCLE\_assinado.docx, postado em 08/02/2019;

10. - TCUDs assinados pela pesquisadora responsável, nomeados TCUD\_Delegacia\_Assinado.docx, TCUD\_VigEpidemiologica\_Assinado.docx, TCUD\_CRAM\_Assinado.docx, postados em 08/02/2019.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

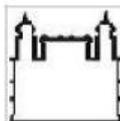
O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

ATENÇÃO:

\*\*\*CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.165.749

ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.\*\*\*

\*\*\*\*\*

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1\* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP ([www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)).

2\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3\* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4\* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)



Continuação do Parecer: 3.165.749

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1295283.pdf	08/02/2019 22:24:22		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_Delegacia_Assinado.docx	08/02/2019 22:19:51	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Formulario_Encaminhamento_Assinado.pdf	08/02/2019 21:38:24	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_VigEpidemiologica_Assinado.docx	08/02/2019 21:31:25	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_CRAM_Assinado.docx	08/02/2019 21:30:53	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_DP_assinada.docx	08/02/2019 17:42:16	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumento_Vigilancia_Epidemiologica.docx	08/02/2019 17:41:52	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumento_CRAM.docx	08/02/2019 17:41:32	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_pesquisa.docx	08/02/2019 17:33:54	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia_VigEpidemiologica.docx	08/02/2019 17:33:27	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia_CRAM.docx	08/02/2019 17:33:00	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_isencaoTCLE_assinado.docx	08/02/2019 17:32:25	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_integra_desirre.docx	08/02/2019 17:26:18	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/02/2019 16:34:09	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	08/02/2019 14:33:51	DESIRRE MATHIAS PINHEIRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.165.749

RIO DE JANEIRO, 22 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Cassius Schnell Palhano Silva**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br