



“Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro”

por

Paula Sergipense Oliveira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Edinilsa Ramos de Souza

Rio de Janeiro, novembro de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Paula Sergipense Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a Kathie Njaine

Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 25 de novembro de 2013.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

O48 Oliveira, Paula Sergipense

Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro. / Paula Sergipense Oliveira. -- 2013.

62 f. : tab. ; graf.

Orientador: Souza, Edinilsa Ramos de

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Violência. 2. Vigilância. 3. Violência Doméstica. 4. Sistemas de Informação. 5. Notificação. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.8292098153

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres, vitimadas pela violência, na tentativa de defendê-las. Ainda que seja o início, do início, do início.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, ao meu Anjo da Guarda e a todos, que de lá de cima, me protegem e amparam em todos os momentos da minha vida.

A meu marido, Rodrigo, pela paciência, amor e incentivo.

Agradeço aos meus pais, Paulo e Sandra, por tudo. Pelo amor incessante, pelas palavras de conforto, obediência, orientação. Por me incentivarem constantemente a estudar e estudar. Por todo o exemplo de vida que sempre me passaram, como sublimes professores e, acima de tudo, educadores.

Agradeço as mulheres da minha vida, minhas irmãs Luana e Daniela, minhas sobrinhas Marina e Catarina. Minhas maiores e melhores amigas da vida. Não teria essa essência sem elas.

Um agradecimento especial as minhas avós, Vovó Dedé e Vovó Catarina, que me dão o suporte e o eixo, sempre me conduzindo para o melhor caminho.

Agradeço aos meus irmãos emprestados, Fernando, Diego e Júlio, por serem meus irmãos de fé. E a Zé, por ter cuidado de mim.

A Edinilsa Ramos de Souza, minha orientadora, dedico todo esse trabalho. Suas palavras incansáveis de incentivo, seu empenho, paciência e sensibilidade. Seus conhecimentos e orientações foram imprescindíveis no estudo. Muito obrigada!

A minha amiga, Ana Laura, por todos os socorros que ela me deu. Por todas as palavras de estímulo. Por me falar: 'Você consegue, amiga'.

Aos coordenadores e professores do curso, em especial ao professor André Perissé. Obrigada pelo apoio até o último minuto.

Agradeço aos funcionários do curso, especialmente a incansável Lídia e ao Pedro.

Agradeço a minha amiga Maira, que me sugeriu o tema e que me acolheu na Vigilância, me mostrando o grande leque de possibilidades desta área.

Aos novos amigos que fiz no curso, onde, cada um com sua história, pude agregar mais experiência e sabedoria. Um agradecimento especial a Cris pelas orientações e carinho.

Agradeço aos meus amigos e irmãos da vida, que me trazem alegria, sabedoria e muitos exemplos para a construção de um trabalho.

Por último, e não menos importante, agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Casimiro de Abreu e todos os funcionários, que direta ou indiretamente contribuíram na

construção deste trabalho. Em especial, ao Dr. Armando de Nijs, meu chefe e secretário de saúde, que autorizou minhas ausências por conta do curso, acreditando que o resultado final pode trazer bons frutos para o município.

RESUMO

A violência, por sua magnitude e impacto social, assume grande importância para a Saúde Pública, devido à gravidade com que afeta a saúde individual e coletiva de ampla parcela da população. No município de Casimiro de Abreu, segundo dados do SINAN de 2009 a 2012, as notificações de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências permeiam principalmente a população feminina e os menores de 18 anos. Dentre essas, as principais vítimas são as mulheres que sofrem, sobretudo com as diversas formas de violência intrafamiliar. Ao longo dos últimos cinco anos observaram-se o aumento das notificações dos casos de violência, principalmente contra a mulher, e ao mesmo tempo as dificuldades na investigação e abordagem do problema por parte dos profissionais de saúde do município. Acredita-se que este estudo contribui para a maior compreensão do contexto das violências praticadas no município, e também permite refletir sobre a incorporação de novas técnicas de vigilância, incluindo abordagens, investigação e aprimoramento da notificação. O objetivo do estudo é investigar a violência intrafamiliar contra a mulher no município de Casimiro de Abreu no período de 2009 a 2012, analisando o perfil das vítimas, dos possíveis agressores e dos agravos. Os dados sobre violência foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cujo instrumento básico é a ficha de notificação da "Violência doméstica, sexual e/ou outras violências" que constitui o também chamado Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes/VIVA Contínuo. Os resultados demonstram que a violência de gênero ainda impera, tendo o cônjuge como principal agressor nas notificações analisadas, que na grande maioria trata-se de agressões físicas ou psicológicas. As agressões demonstram um perfil em grande parte domiciliar, cujas vítimas são mulheres jovens que têm seu rosto como principal alvo da agressão. Os resultados também evidenciam a fragilidade das informações no que tange o preenchimento das notificações, que interferiu diretamente na construção do perfil das vítimas, com percentual elevado de informações em branco ou ignorado. E também traz para a discussão, a nível local, a necessidade de capacitações para os profissionais de saúde tanto no preenchimento, quanto na abordagem e acolhimento das vítimas, entendendo que o setor saúde faz parte de uma rede de apoio interinstitucional que deve ser prestada às vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência, Vigilância da Violência, Violência Intrafamiliar, Sistema de Informação, Notificação.

ABSTRACT

Violence, for its magnitude and social impact, assumes a major role in public health, due to the seriousness with which it affects the individual and collective health of a great portion of the population. In the municipality of Casimiro de Abreu, according to data from SINAN 2009-2012, notifications of Domestic, Sexual and/or other Violence occurs mainly to the female population and to underage youngsters. Among these, the main victims are women who suffer, especially with the various forms of family violence. Over the past five years the number of notifications of violence cases, especially against women, has increased, as also has increased the difficulties in investigating and addressing the issue on the part of the municipality's health professionals. This study contributes to a greater understanding of the context of violence committed in the city, and also allows to reflect about the incorporation of new surveillance techniques, including approaches, research and notification improvement. The objective of this study is to investigate domestic violence against women in the city of Casimiro de Abreu in the period 2009-2012, analyzing the victims and the perpetrators profiles and possible aggravations. Violence data were extracted from the Information System for Notifiable Aggravations (SINAN), whose basic tool is the "domestic violence, sexual and / or other violence" notification form, which is part of the Continuous Surveillance System of Violence and Accidents (VIVA). The results show that gender violence still rules, and the spouse was the main aggressor in analyzed reports, and in the vast majority the aggression is physical or psychological. The assaults show a largely domestic profile, whose victims are young women who have their face as the main target of aggression. The results also highlight the fragility of the information regarding the completion of the reports, which interfere in the construction of the profile of the victims, with a high percentage of information left blank or ignored. It also brings to the discussion, at a local level, the need of training for health professionals in both the filling, as in the approaching and sheltering victims, understanding that the health sector is part of a inter-institutional network of support, that should be provided to victims of violence.

Keywords: Violence, Surveillance of Violence, Domestic Violence, System Information, Notification.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Número de Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **29**
- Gráfico 2:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo gestação da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **33**
- Gráfico 3:** Percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo escolaridade da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **33**
- Gráfico 4:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o sexo do agressor. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **36**
- Gráfico 5:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o vínculo do agressor com a vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **37**
- Gráfico 6:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o uso de álcool pelo agressor. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **39**
- Gráfico 7:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o local de ocorrência da violência. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **42**
- Gráfico 8:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o tipo de violência perpetrada. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **43**
- Gráfico 9:** Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a natureza da lesão. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **45**

Gráfico 10: Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a parte do corpo da vítima atingida. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **46**

Gráfico 11: Distribuição percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o encaminhamento da vítima no setor saúde. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **46**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Número e percentual de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher, segundo faixa etária. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **29**
- Tabela 2:** Número e percentual de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher, segundo o vínculo do agressor com a vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **30**
- Tabela 3:** Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo faixa etária da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **32**
- Tabela 4:** Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo raça/cor da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **34**
- Tabela 5:** Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a situação conjugal da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **34**
- Tabela 6:** Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o tipo de relações sexuais da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **35**
- Tabela 7:** Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a presença de deficiência na vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **35**
- Tabela 8:** Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o vínculo do agressor com a vítima a partir do campo 'outros'. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **38**
- Tabela 9:** Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a zona de ocorrência da violência. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **40**

Tabela 10: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a repetição da violência. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **41**

Tabela 11: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o meio usado na agressão. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **43**

Tabela 12: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o encaminhamento da vítima para outros setores. Casimiro de Abreu, 2009-2012. **47**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
2. Justificativa.....	15
3. Objetivos.....	17
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. Marco teórico.....	17
4.1. Violência: conceitos.....	17
4.2. Violência contra a mulher.....	20
4.3. Vigilância em Saúde e Vigilância da Violência.....	22
4.4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a Notificação de Violência.....	25
5. Metodologia.....	27
6. Resultados e Discussão.....	28
7. Considerações Finais.....	48
8. Referências bibliográficas.....	53
9. Anexos.....	58
9.1. Anexo 1 - Ficha de Notificação SINAN Net (frente).....	59
9.2. Anexo 2 - Ficha de Notificação SINAN Net (verso).....	61

1. INTRODUÇÃO

A violência, por sua magnitude e impacto social, assume grande importância para a Saúde Pública, devido à gravidade com que afeta a saúde individual e coletiva de ampla parcela da população. Nos últimos anos, os acidentes e as violências contribuíram para o aumento da morbimortalidade por essas causas e para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente dos adolescentes e jovens. Isso tem gerado a necessidade de aumento dos cuidados às vítimas e tem elevado os custos para os setores de Saúde, da Previdência, da Segurança Pública e da Justiça. Tem ainda implicado em absenteísmo no trabalho e na escola, e na desestruturação das redes de relações familiar e pessoal. Esta problemática da violência tem sido responsável pela transformação nos hábitos e comportamentos das pessoas e na organização e arquitetura urbana, que passou a usar muros altos, grades e cercas elétricas. Vive-se na sociedade do medo e da privação do convívio social, na qual as pessoas se isolam (BRASIL/ OPAS, 2008).

Em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al, 2002), da OMS, apontou a violência como um dos principais problemas de saúde, podendo ser evitada e ter seus impactos minimizados; assim como recomendou uma abordagem interdisciplinar na Saúde Pública como responsiva e eficaz para a resolução da problemática, com a aplicação das etapas de notificação, investigação, exploração de formas para prevenir reincidência e implementação de intervenções eficazes.

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil criou a *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, a qual estrutura, no campo da saúde, estratégias de enfrentamento para a redução dos acidentes e das violências pautadas na promoção da saúde, entendendo-a como um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, tanto individuais como coletivos, e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde (BRASIL, 2001).

O documento da referida Política se baseia em sete diretrizes, a saber: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à

recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

No que tange a diretriz de monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, o Ministério da Saúde procurou aperfeiçoar os sistemas nacionais de informação já vigentes e desenvolver novas estratégias de registro com o intuito de qualificar o monitoramento epidemiológico dos acidentes e violências. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), através dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação hospitalar, respectivamente, constituem-se como ferramentas importantes para o conhecimento de boa parte das situações de violência no Brasil. Além disso, esta diretriz contempla a capacitação e mobilização dos profissionais de saúde de todos os níveis da assistência para o aprimoramento das investigações das ocorrências de acidentes e violências (BRASIL, 2001).

Entretanto, as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as ocorrências de acidentes e violências somente com os desfechos óbito e internação hospitalar, respectivamente, e a necessidade da coleta de dados e a geração de informações sobre estes agravos no âmbito do atendimento pré-hospitalar nos serviços de urgência/emergência e ambulatoriais, para subsidiar políticas em saúde a eles direcionadas, levou a implantação em 2006, pelo Ministério da Saúde, do VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2010).

O VIVA possui dois componentes: 1) VIVA Contínuo, que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e 2) VIVA Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas. Para o VIVA Contínuo foi criada a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, e para o VIVA Inquérito existe a Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, 2010).

Inicialmente, o componente VIVA Contínuo foi implantado em serviços de referência para a violência, mas a partir de 2009 foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN net), universalizando a vigilância contínua e garantindo a sustentabilidade das notificações de violências na rede de serviços do SUS (BRASIL, 2010).

No município de Casimiro de Abreu, segundo dados do SINAN de 2009 a 2012, as notificações de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências permeiam principalmente a população feminina e os menores de 18 anos. Dentre essas, as principais vítimas são as mulheres que sofrem, sobretudo com as diversas formas de violência intrafamiliar (SINAN, 2013).

Essa cidade está situada na baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro e foi o terceiro município do Estado com a maior taxa de crescimento populacional (4,78%), segundo o último Censo de 2010, quando passou a ter 35.347 habitantes. Em 2012 estimava-se uma população de 37.340. A população rural representava, no mesmo Censo, 19,31% do total da população, sendo 48,6% de mulheres, e a população urbana com 80,69% do total, sendo 51,21% do sexo feminino. Essa área também teve um aumento significativo de população flutuante, ou seja, aquela que se instala no lugar com intuito econômico, e passou a funcionar como 'cidade dormitório' devido, principalmente, a sua proximidade a grandes empreendimentos ou polos de desenvolvimento, como o Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (COMPERJ) e a bacia petrolífera de Macaé (IBGE, 2010).

Ainda segundo informações do IBGE e do Censo de 2010, o município apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,726, ficando abaixo dos IDH's do município do Rio de Janeiro (0,799) e do estado do Rio de Janeiro (0,761). Quanto à escolaridade, 48,76% da população com dez anos ou mais não tem qualquer instrução ou possuem o nível fundamental de escolaridade incompleto, 21,71% daqueles com quinze anos ou mais possuem os níveis fundamental completo e médio incompleto, 29,05% do grupo com dezoito anos ou mais possuem os níveis médio completo e superior incompleto e 10,09% da população com vinte cinco anos ou mais possuem o nível superior completo. A taxa de analfabetismo, segundo os Censos de 2000 e 2010, passou de 12,4% para 7%, estando acima das taxas do município e estado do Rio de Janeiro que passaram, respectivamente, de 4,4% para 2,9% e de 6,6% para 4,3%.

Em 2010, de acordo com o Censo do IBGE, a renda média *per capita* era de R\$ 852,24, sendo R\$ 741,65 na zona rural e R\$ 878,71 na zona urbana. Entre a população com dez anos ou mais a renda era de R\$ 1.482,09 para os homens e de R\$ 955,54 para as mulheres; bem abaixo das rendas do município e do estado do Rio de Janeiro que é, respectivamente, R\$2.710,29 e R\$1.954,01 para homens, e R\$1.990,99 e 1.429,41 para

mulheres. Quando comparadas a Arraial do Cabo e à Armação de Búzios (municípios que possuem menos de 50.000 habitantes e estão situados na mesma região de saúde de Casimiro de Abreu), as rendas segundo sexo ficam acima das de Arraial do Cabo (R\$1.404,33 para homens e R\$921,53 para mulheres), mas são menores que as de Armação de Búzios (R\$1.553,54 para homens e R\$1.222,43 para mulheres).

Dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SIM, 2013) informam que, em 2012, as cinco primeiras causas de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho circulatório, das causas externas e dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte. As causas externas representaram 8,77% do total de óbitos de residentes no município. No sexo feminino, essas causas não apareceram entre as cinco principais causas de óbito no ano supracitado e em 2011, mas figuraram em quarto e terceiro lugar, respectivamente, nos anos de 2009 e 2010, representando 9,72% e 11,70% de todos os óbitos desse sexo.

Em relação à morbidade, dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SIH, 2013), mostram que para o período de 2009 a 2012, as internações por causas externas aumentaram ao longo dos anos, representando, respectivamente, 1,85% (2009), 2,96% (2010), 4,83% (2011) e 5,50% (2012) do total das internações. No sexo feminino as causas externas tiveram a seguinte representação nas internações: 0,81% (2009), 1,84% (2010), 3,48% (2011) e 2,32% (2012).

2. JUSTIFICATIVA

Ao longo dos últimos cinco anos observou-se o aumento das notificações dos casos de violência, principalmente contra a mulher, e ao mesmo tempo as dificuldades na investigação e abordagem do problema por parte dos profissionais de saúde do município. Assim, acredita-se que este estudo contribui para a maior compreensão do contexto das violências praticadas no município, e também permite refletir sobre a incorporação de novas técnicas de vigilância, incluindo abordagens, técnicas de investigação e aprimoramento da notificação. Ambos os aspectos visam, em última instância, subsidiar possíveis ações de

intervenção para a proteção das vítimas e para a prevenção desses eventos. Principalmente pelo fato do município não possuir qualquer projeto ou programa de acolhimento e encaminhamento das mulheres vítimas de violência, tanto no âmbito da saúde ou de outras secretarias.

Apesar da relevância social da temática aqui abordada – violência contra a mulher - é importante ressaltar que, do ponto de vista da produção de conhecimento científico sobre o tema, apesar da ampla divulgação de artigos e produção de dissertações e teses sobre a temática da violência, inclusive acerca da violência contra a mulher, não existe qualquer estudo dessa natureza referente a Casimiro de Abreu. Tal fato foi constatado a partir da busca bibliográfica nas bases científicas Lilacs[®], Scopus[®], PubMed[®] e Web of Knowledge[®]; e também na base não científica Scirus.

Acredita-se que a elucidação de aspectos específicos da realidade local, mas que também se articulam aos circuitos de determinações mais amplos, pode vir a subsidiar os instrumentos de planejamento, com ações e metas direcionadas ao enfrentamento do problema social e de saúde que é a violência intrafamiliar contra a mulher.

O desenvolvimento de conhecimento acerca da vigilância deste agravo, não só pelos aspectos éticos, mas também pelo processo de trabalho que envolve, merece ser sistematizado no âmbito municipal, pois é nele onde as ações se desenvolvem. Além do mais, pode ajudar na incorporação de novas abordagens e técnicas que melhor delimitem o contexto, as condições e o padrão da ocorrência destas violências para, assim, aprimorar a sua vigilância, paralelamente ao aperfeiçoamento da gestão técnica. Portanto, o aprofundamento das questões relativas a este problema assume relevância social, devido à integridade física e moral das vítimas, a qual é necessário garantir, mas também possui uma importância técnico/científica por se constituir como um problema de saúde pública.

Levando-se em conta as considerações acima, o presente estudo buscou investigar a violência contra a mulher a partir dos dados de notificação do Sistema VIVA de um município do Estado do Rio de Janeiro.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Investigar a violência intrafamiliar contra a mulher no município de Casimiro de Abreu no período de 2009 a 2012.

3.2. Objetivos Específicos

1. Analisar o perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência intrafamiliar;
2. Analisar o perfil do agressor;
3. Descrever as características do agravo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Violência: conceitos

A violência é um fenômeno social e histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Tornou-se um problema de saúde pública por afetar a saúde individual e coletiva, exigindo políticas específicas e a organização das práticas e dos serviços pelo setor (MINAYO, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva (KRUG et al, 2002)

Minayo (2004) ressalta que a violência se coloca como um tema da saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida e nos serviços médico-hospitalares. Em estudos sobre a magnitude e o impacto econômico da violência em seis países da América Latina, o Banco Interamericano para o Desenvolvimento concluiu que os gastos resultantes de

violência, em serviços de assistência à saúde no ano de 1997, foram de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela (KRUG et al, 2002).

Tanto a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) quanto a OMS, percebendo as mudanças nos perfis de morbimortalidade, trataram de incluir o tema da violência em sua agenda de intervenção, ainda que lentamente (MINAYO, 2007). A primeira, em 1993, passou a recomendar insistentemente aos países membros que incluíssem o tema violência em suas agendas de intervenção, enquanto a OMS, em 1997, dedicou prioridade ao tema na Assembleia Mundial de Saúde realizada naquele ano. As violências contra crianças e adolescentes foram as primeiras a entrar na pauta de discussão do setor saúde, nos anos 60, destacando-se o impacto das mesmas sobre o crescimento e desenvolvimento desse grupo etário; enquanto a problemática da violência contra a mulher teve sua inserção no setor através de pressões do movimento feminista, também na década de 60. Já a violência contra idosos aparece pela primeira vez em 1975 (REICHENHEIM et al, 2011).

No Brasil, desde a década de 80, os acidentes e violências passaram a constar como alguns dos principais eventos geradores de óbitos, juntamente com as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, e de hospitalizações. Desde então, esse conjunto de mortes, denominado causas externas, vem se situando como segunda e terceira causa na mortalidade geral do país. Esse perfil de morbimortalidade, intensamente permeado pelas condições e estilos da vida moderna, surge nos debates políticos e sociais do campo da saúde (MINAYO, 2007).

Sobre sua conceituação, Minayo e Souza (1998) já diziam que para se entender a violência é necessário o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. E de acordo com o que acontece na prática, conceituaram violência como ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual.

No Brasil, conceito semelhante foi publicado na *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violências* em 2001: "consideram-se como violências ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprio e aos outros" (p. 3).

Em seu *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, de 2002, a OMS conceituou violência como "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade" (p. 5).

No mesmo documento acima citado, e também utilizado no texto *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros* de 2005, a tipologia proposta para a violência a classifica em três grandes categorias, a saber:

- Violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida);
- Violência interpessoal;
- Violência coletiva.

Por violências auto-infligidas se entendem os comportamentos suicidas e os auto-abusos. No primeiro caso a tipologia contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de auto-abuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário.

- Por violência intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe, rotineiramente, uma inter-relação que expressa várias formas de violência.
- A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

As violências coletivas se referem aos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado.

Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros.

Em relação à natureza dos atos violentos, os mesmos podem ser categorizados como violência física, sexual, psicológica ou violência que envolve privação ou negligência.

4.2. Violência contra a mulher

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. Pesquisas realizadas com populações do mundo todo demonstraram que de 10% a 69% das mulheres relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas, quase uma em quatro mulheres pôde vivenciar a violência perpetrada por um parceiro íntimo e quase um terço das adolescentes relatam que sua primeira experiência sexual foi forçada (KRUG et al, 2002).

Saffioti, em 2004, define 'violência de gênero' como uma categoria de violência mais geral, que pode abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar. A violência de gênero ocorre normalmente no sentido homem contra mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher. Segundo a autora, a violência familiar:

(...) envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e a afinidade. (...) Compreendida na violência de gênero, a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. (...) A *violência doméstica* apresenta pontos de sobreposição com a *familiar*. Atinge, porém, também pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregadas(os) e empregadas(os) domésticas(os). (ibidem, p.71)

Essa autora diz ainda que:

No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade

para punir o que se apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo esta necessidade de fazer uso da violência (SAFFIOTI, 2001, p. 1).

Ela abrange práticas violentas de homens contra mulheres, de mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres. Ainda que a mulher possa vir a ser agente de violência na sua relação com o homem, culturalmente, na sociedade brasileira e no mundo, em geral, ela é a vítima preferencial. A violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública e caracteriza-se por uma violação explícita dos direitos humanos. As formas de opressão incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras (BRASIL, 2005).

No Brasil, uma mulher é morta a cada duas horas, colocando o país na 12ª posição na classificação mundial de homicídios de mulheres (REICHENHEIM et al, 2011). Dados do VIVA, relativos a 27 municípios, para o período de 01/08/06 a 31/07/07, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade. Do total de 8.918 notificações de atendimentos de violências doméstica, sexual e outras violências registradas no período supracitado, 74% das vítimas eram do sexo feminino. As mulheres adultas (20 a 59 anos) foram as que mais sofreram violência, seguidas pelas adolescentes (10 a 19 anos). As mulheres idosas representam, percentualmente, a terceira faixa etária com maior número de agressões, seguidas pelas meninas de 0 a 9 anos de idade. Os dados também revelam que, na maior parte das vezes, o agressor é um familiar ou pessoa conhecida da vítima, caracterizando a violência intrafamiliar (BRASIL/ OPAS, 2008).

A análise dos dados do VIVA ainda identifica que, entre os adultos, 80% das vítimas atendidas pelos serviços de referência eram do sexo feminino. Do total de atendimentos a essas mulheres adultas, 76% foram por agressões físicas, seguidas pelas violências psicológica (57%), sexual (18%), negligência ou abandono (6%) e violência financeira ou patrimonial (3%). Parte delas sofreu mais de um tipo de violência e 48% relataram já ter passado por outro ato violento anteriormente. A maioria dessas violências (63%) aconteceu na residência da vítima e 16% em vias públicas (BRASIL/ OPAS, 2008).

O fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em risco crescente de: depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrintestinais, síndrome de intestino irritável, e ainda de diversos problemas de saúde na área reprodutiva (KRUG et al, 2002).

A violência contra a mulher também onera os cofres públicos, pois mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde e, portanto, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências (KRUG et al, 2002).

Em 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher definiu como violência contra a mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994, p. 1). Nesse mesmo evento ficou entendido que:

[...] a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica pode ocorrer:

- a) No âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b) Na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local;
- c) E pode ser perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (ibidem,p. 2)

4.3. Vigilância em Saúde e Vigilância da Violência

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009),

[...] a vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (p.15).

Waldman (1998) colocou que a vigilância conseguiu delimitar seus objetivos, fonte de dados, metodologia e procedimentos de avaliação de tal forma que se tornou um importante instrumento para a saúde pública, orientando e aperfeiçoando as ações de controle dos eventos adversos à saúde.

No que concerne à vigilância da violência, em 2006, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, constituído por dois componentes, o VIVA contínuo e o VIVA inquérito, comentados anteriormente. Os dados oriundos do VIVA sistematizaram as ocorrências dos casos de violência no âmbito do atendimento pré-hospitalar, gerando informações epidemiológicas a cerca da questão nos serviços de urgência/emergência e ambulatoriais. Desta forma, o sistema veio dar maior visibilidade ao problema, subsidiar a construção de políticas públicas de atenção, prevenção e promoção da saúde, assim como orientar práticas de vigilância nos serviços diante das realidades locais (BRASIL, 2010).

São várias as legislações, normas técnicas e políticas vigentes que visam aprimorar as informações sobre os agravos ocorridos, assim como coibi-los e/ou preveni-los, além de buscar auxiliar no planejamento de ações de enfrentamento, conforme alguns dos principais documentos listados a seguir. A maioria delas data da primeira década deste novo século.

- **Lei nº 10.224**, da Presidência da República, de 15 de maio de 2001, que altera o Código Penal para dispor sobre o crime de assédio sexual;
- **Lei nº 3.359**, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, de 2002, que cria o **Programa Estadual de Segurança da Mulher** que consiste em um conjunto de políticas específicas, no âmbito da ação de polícia, da proteção às mulheres vitimadas, da responsabilização dos autores de violência contra a mulher, da prevenção da violência de gênero e da qualificação das informações sobre as formas de violência que atingem particularmente esse grupo social;
- **Lei nº 10.778**, da Presidência da República, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória no caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;
- **Portarianº2.406**, do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2004, cria ficha e estabelece fluxo de notificação da violência;

- **Lei nº 11.340**, da Presidência da República, de 7 de agosto de 2006, conhecida como **Lei Maria da Penha**, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher;
- **Portaria nº 737**, de 16 de maio de 2001, do Ministério da Saúde, cria a **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais;
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, do Ministério da Saúde de 2004, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual;
- **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, do Ministério da Saúde, de 2005, procura contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde e para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo;
- **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, de 2005. Traduz em ações o compromisso assumido de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e reconhece o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais, combatendo todas as formas de discriminação contra a mulher;
- **Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, de 2006. Esse documento que fornece, para uso comum e repetido, regras e diretrizes para o funcionamento dos Centros de Referência, os quais têm o foco da

intervenção com intuito de prevenir futuros atos de agressão e de promover a interrupção do ciclo de violência;

- **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, firmado em 2007, a fim de 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;
- **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, de 2007. Busca estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional;
- **Portaria nº 620**, da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, de 12 de março de 2013. Estabelece a rotina a ser observada pela autoridade policial nas ocorrências de homicídio em que a vítima seja a mulher.

4.4. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a Notificação de Violência

O SINAN foi implementado de forma gradual desde 1993, mas somente em 1998 sua alimentação regular foi caracterizada como obrigatória pelos municípios (BRASIL, 2007).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (ibidem, p. 9).

Seu uso permite um diagnóstico dinâmico, identificando a realidade epidemiológica do território, assim como indicando riscos aos quais a população pode estar sujeita. Além disso, seu uso descentralizado permite o conhecimento por parte dos profissionais de saúde que estão atuando diretamente na rede daquele território (BRASIL, 2007).

O aplicativo SINAN foi concebido, originalmente, para armazenar as informações relativas às doenças de notificação compulsória, a partir de instrumentos e códigos de acesso padronizados em nível nacional. Possui ficha de notificação e investigação específica, sendo permitido às unidades federadas incluir notificações de outros agravos, adequando o sistema ao perfil epidemiológico de populações distintas (LAGUARDIA et al, 2004).

A notificação de violência foi declarada compulsória em 2003, com a lei nº 10.778 e teve sua ficha e fluxo estabelecidos em 2004, através da portaria nº 2.406 do Ministério da Saúde. Mas foi em 2006 que a notificação de violência teve seus dados sistematizados através do Sistema VIVA. Somente em 2009, o componente contínuo do Sistema VIVA foi incorporado ao SINAN tendo como base as informações constantes na ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências. Essa conquista política e técnica ampliou as ações e as noções de vigilância das violências para além dos serviços especializados no atendimento aos casos de violência (BRASIL, 2010).

Em Casimiro de Abreu, segundo relatos de profissionais de saúde que atuavam na época, o SINAN foi implementado somente em 2007, com uma alimentação lenta e gradual ao longo dos anos. Em 2009, o Sistema Viva foi incorporado ao mesmo através da ficha de notificação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências, porém, somente após a capacitação de profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violência, da rede assistencial do município, a importância da informação proveniente das notificações foi suscitada. Tal capacitação ocorreu no final do ano de 2009, tendo neste marco o início do aumento do número de notificações até os dias atuais.

As notificações são provenientes das unidades de saúde existentes no município, são elas: onze equipes de Estratégia de Saúde da Família, dois Centros de Referência de Especialidades Médicas e dois Hospitais, sendo um municipal e outro regional. Apesar da capacitação e sensibilização para o ato de notificar as violências ter sido realizada em toda rede assistencial, a principal fonte notificadora é o Hospital Municipal, principalmente

devido ao trabalho da equipe do Núcleo de Vigilância Hospitalar que realiza buscas semanais aos boletins de atendimento médico, revisando-os e, assim, preenchendo as devidas notificações. As notificações provenientes das demais unidades, assim como as oriundas dos profissionais de saúde que têm o contato direto com as vítimas, são a minoria delas.

5. METODOLOGIA

Este estudo realizou a análise descritiva da violência intrafamiliar contra a mulher no município de Casimiro de Abreu, no período de 2009 a 2012. Esse período compreende o ano de início da notificação desses agravos no município e o ano final para o qual há informações anuais. Os dados sobre violência foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cujo instrumento básico é a ficha de notificação da "Violência doméstica, sexual e/ou outras violências" que constitui o também chamado Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes/VIVA Contínuo.

Esta ficha contém 71 variáveis distribuídas em vários campos nos quais constam dados sobre a vítima, a ocorrência e evolução do agravo e o encaminhamento do caso, além de informações complementares sobre o mesmo (ver anexo 1 e 2).

Para a análise do perfil sócioeconômico da vítima foram utilizadas as variáveis idade, informação de gestação, raça/cor, situação conjugal, relações sexuais, existência de deficiência/transtorno e qual o tipo do transtorno.

Para a caracterização do perfil do agressor, foram consideradas as variáveis vínculo/grau de parentesco com a vítima, sexo do provável agressor e a suspeita de uso de álcool por parte do mesmo.

Finalmente, para descrever as características do agravo foram consideradas as variáveis tipologia da violência, os aspectos da lesão, dados da ocorrência, a evolução e o encaminhamento do caso.

A análise foi feita no aplicativo EpiData[®] versão 1.4.2. Foram consideradas as frequências absolutas e relativas das distribuições dos dados constantes na ficha de

notificação. Foram realizados os cruzamentos de algumas variáveis de interesse para o estudo e os dados estão apresentados na forma de tabelas e de gráficos.

A pesquisa usou dados secundários do SINAN, com garantia de total sigilo das informações constantes no banco. As informações referentes ao nome e endereço, contidas na ficha de notificação do Sistema supracitado, não foram utilizadas no estudo. O banco de dados foi somente manipulado pela pesquisadora, autora da pesquisa.

Como neste estudo não houve coleta de dados primários, não foi necessário o uso do termo de consentimento livre e esclarecido. Entretanto, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e aprovado sob o parecer número 350.917.

As normas de formatação e apresentação do texto seguiram as orientações segundo Santos, 2007.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Características da Violência contra a Mulher

A amostra, que inicialmente contava com 324 notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra o sexo feminino, após a retirada de duplicidades e endereços de residência fora do município de estudo, ficou com 311 notificações nos quatro anos de estudo (2009 a 2012) como mostra o gráfico 1. Como se percebe o número de notificações é crescente no período.



Fonte: SINAN municipal

No que se refere ao padrão etário, as ocorrências de violências contra a mulher são maiores na fase adulta e na adolescência, concentrando mais de 90% do total de notificações (Tabela 1).

Tabela 1: Número e percentual de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher, segundo faixa etária. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Faixa Etária	Nº	%
Crianças <10 anos	12	3,86
Adolescentes ≥10 e <20 anos	72	23,15
Adultas ≥20 e <60 anos	220	70,74
Idosas ≥60 anos	7	2,25
Total	311	100,00

Fonte: SINAN municipal

É importante ressaltar que as variáveis referentes à data de notificação e data de nascimento são de preenchimento obrigatório e, portanto, têm-se nelas a exata representatividade no que se propõe. Quando se consideram outras informações, como gestação, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, relações sexuais e a presença de

deficiência, torna-se evidente um elevado número de campos preenchidos como 'ignorado' ou deixados em branco, prejudicando as análises sobre o perfil das vítimas. Por exemplo: no campo escolaridade mais de 80% das notificações tinha preenchimento ignorado ou em branco; 70% dos campos que informam sobre a presença de gestação e de deficiência se encontravam na mesma situação; mais de 50% do total dos campos relativos à raça/cor, situação conjugal e relações sexuais também se encontram com a informação precária. Esses achados apontam para a necessidade de investimentos na melhoria do preenchimento da ficha de notificação, o que passa pela capacitação e conscientização dos profissionais acerca da importância do adequado preenchimento de todas as variáveis.

Estudos apontam também a precariedade do preenchimento das informações sobre escolaridade, raça/cor, ocupação, estado civil, entre outras, nos registros de mortalidade e de internação hospitalar por causas externas (NJAINÉ; REIS, 2005).

O mau preenchimento de formulários é não somente devido a uma precária formação dos profissionais que lidam com os registros, mas também a uma desconexão de sua tarefa com o uso social da informação, somada a uma desvalorização do registro nas instituições públicas. Desvalorização essa relacionada ao estigma social criado em torno da parcela preponderante das vítimas de violência: pobres, negros e residentes em periferias urbanas (SOUZA et al, 1996).

A distribuição relativa ao vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima (Tabela 2) mostra que 41,5% dos registros de notificação estão com informação ignorada ou em branco quanto a essa variável. Entre os informados, observa-se que em 27% dos casos o agressor é uma pessoa das relações íntimas da vítima: cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado.

Tabela 2: Número e percentual de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher, segundo o vínculo do agressor com a vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Vínculo/ grau de parentesco com a vítima	Nº	%
Pai	6	1,93
Mãe	2	0,64
Padrasto	3	0,96

Cônjuge	57	18,33
Ex-Cônjuge	16	5,14
Namorado	10	3,22
Ex-Namorado	1	0,32
Filho(a)	6	1,93
Irmão(ã)	8	2,57
Amigos/conhecidos	21	6,75
Desconhecido(a)	15	4,82
Cuidador(a)	1	0,32
Pessoa com relação institucional	3	0,96
Policial/agente da lei	1	0,32
Própria pessoa	16	5,14
Outros	15	4,82
Ignorado	55	17,68
Em branco	74	23,79
Total	311	100,00

Fonte: SINAN municipal

6.2. Características da Violência Intrafamiliar

A fim de melhor delimitar a amostra objeto deste estudo, foram retiradas as notificações cujo vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima não caracterizasse uma relação intrafamiliar. Assim, foram excluídas as notificações cujo agressor era amigo/conhecido, desconhecido(a), cuidador(a), patrão/chefe, pessoa da relação institucional, policial/agente da lei, a própria pessoa e outros que não possuíam qualquer vínculo com a vítima. No intuito de qualificar a informação na construção dos perfis das vítimas, dos agressores e das ocorrências, também foram excluídas as notificações cujo campo dessa variável estava informado como ignorado ou em branco.

Após as referidas exclusões, restaram para análise 120 notificações de violência intrafamiliar contra mulheres. Nesse sentido, foram considerados como vínculos intrafamiliares as relações da vítima com o pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), ex-namorado(a), filho(a), irmão(ã) e outros que possuíam algum parentesco.

6.2.1. Perfil das Vítimas

Na Tabela 3 percebe-se que a grande maioria (75%) das vítimas de violência intrafamiliar encontra-se na faixa etária adulta dos 20 aos 59 anos. No entanto, parcela considerável de 17,50% de adolescentes dos 10 aos 19 anos também é afetada.

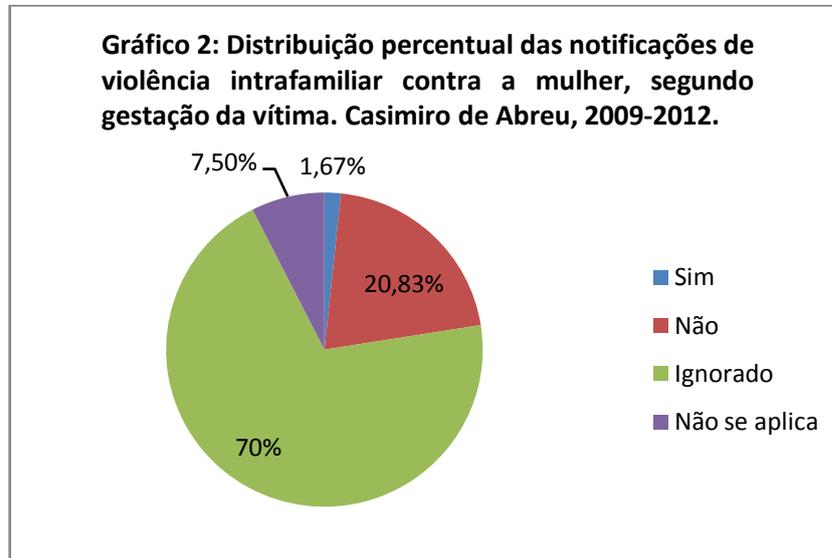
Tabela 3: Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo faixa etária da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Faixa Etária	Nº	%
Crianças <10 anos	5	4,17
Adolescentes ≥10 e <20 anos	21	17,50
Adultas ≥20 e <60 anos	90	75,00
Idosas ≥60 anos	4	3,33
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

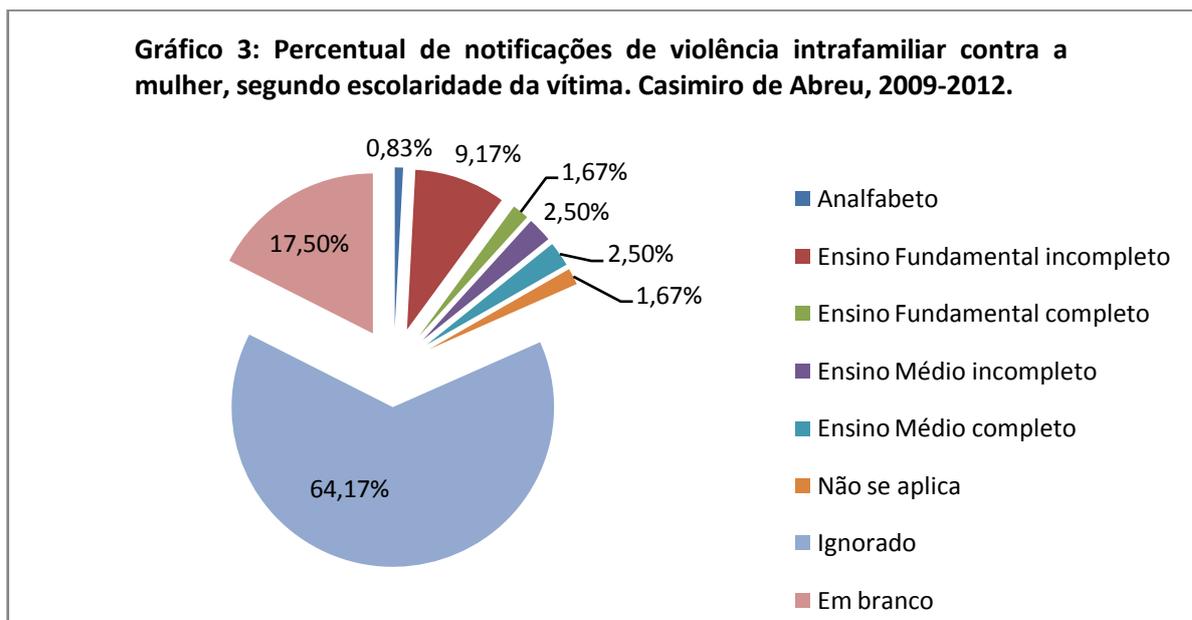
Considerando-se que estes casos fazem parte do montante total de notificações, lamentavelmente também para eles as informações são mal preenchidas e não permitem traçar um perfil robusto das características das vítimas. Percentuais acima ou bem acima dos 50% do total de notificações foram encontrados com informação ignorada e/ou não preenchida nos campos dessas variáveis, o que afeta de modo importante toda e qualquer análise.

Os Gráficos 2 e 3 demonstram com clareza como o preenchimento incompleto das notificações não permite a construção de um perfil adequado das vítimas. O Gráfico 2 mostra a ausência de informação em 70% quanto a variável gestação.



Fonte: SINAN municipal

Em relação à variável escolaridade, 81,67% das notificações apresentaram seu preenchimento ignorado ou em branco (Gráfico 3).



Fonte: SINAN municipal

A variável raça/cor teve 50,83% das notificações com preenchimento ignorado ou em branco, como mostra a Tabela 4. Situação semelhante ocorre em relação às variáveis, relações sexuais (61,67%) e presença de deficiência (62,50%); já no que se refere à situação conjugal a informação é um pouco melhor, mas ainda se observa percentual de 39,17% sem informação sobre ela (Tabelas 5, 6 e 7).

Tabela 4: Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo raça/cor da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Raça/Cor	Nº	%
Branca	29	24,17
Preta	10	8,33
Parda	17	14,17
Indígena	3	2,50
Ignorado	57	47,50
Em branco	4	3,33
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

Tabela 5: Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a situação conjugal da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Situação Conjugal	Nº	%
Solteira	38	31,67
Casada/união consensual	26	21,67
Separada	4	3,33
Viúva	1	0,83
Não se aplica	4	3,33
Ignorado	3	2,50
Em branco	44	36,67
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

Tabela 6: Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o tipo de relações sexuais da vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Relações Sexuais	Nº	%
Só com homens	36	30,00
Só com mulheres	2	1,67
Não se aplica	8	6,67
Ignorado	14	11,67
Em branco	60	50,00
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

Dentre as cinco notificações que informaram a presença de deficiência na vítima de violência, duas eram de depressão, uma de transtorno mental, uma de deficiência mental e outra estava em branco na descrição do tipo de deficiência.

Tabela 7: Número e percentual de notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a presença de deficiência na vítima. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Presença de deficiência	Nº	%
Sim	5	4,17
Não	40	33,33
Ignorado	13	10,83
Em branco	62	51,67
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

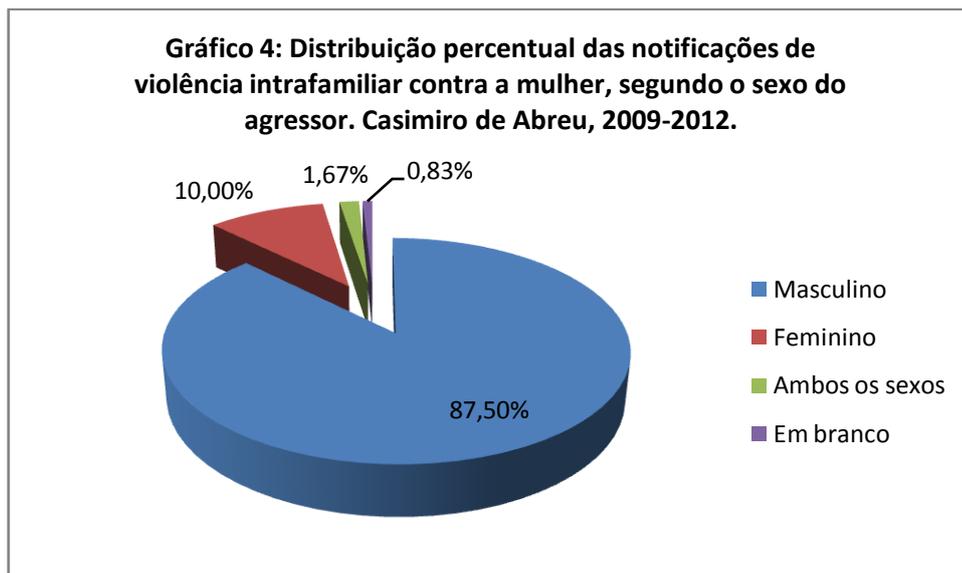
6.2.2. Perfil do Agressor

Para analisar o perfil do provável agressor foram investigadas variáveis relativas ao sexo, vínculo/grau de parentesco com a vítima e o suposto uso de álcool no momento da ocorrência. É importante lembrar que a relação vítima/agressor anteriormente realizada se refere ao total de notificações e que neste momento ela corresponde apenas aos casos de violência intrafamiliar.

O Gráfico 4 ilustra a predominância do sexo masculino na autoria da violência intrafamiliar contra as mulheres. Das 120 notificações analisadas, os homens foram os agressores em 105 delas.

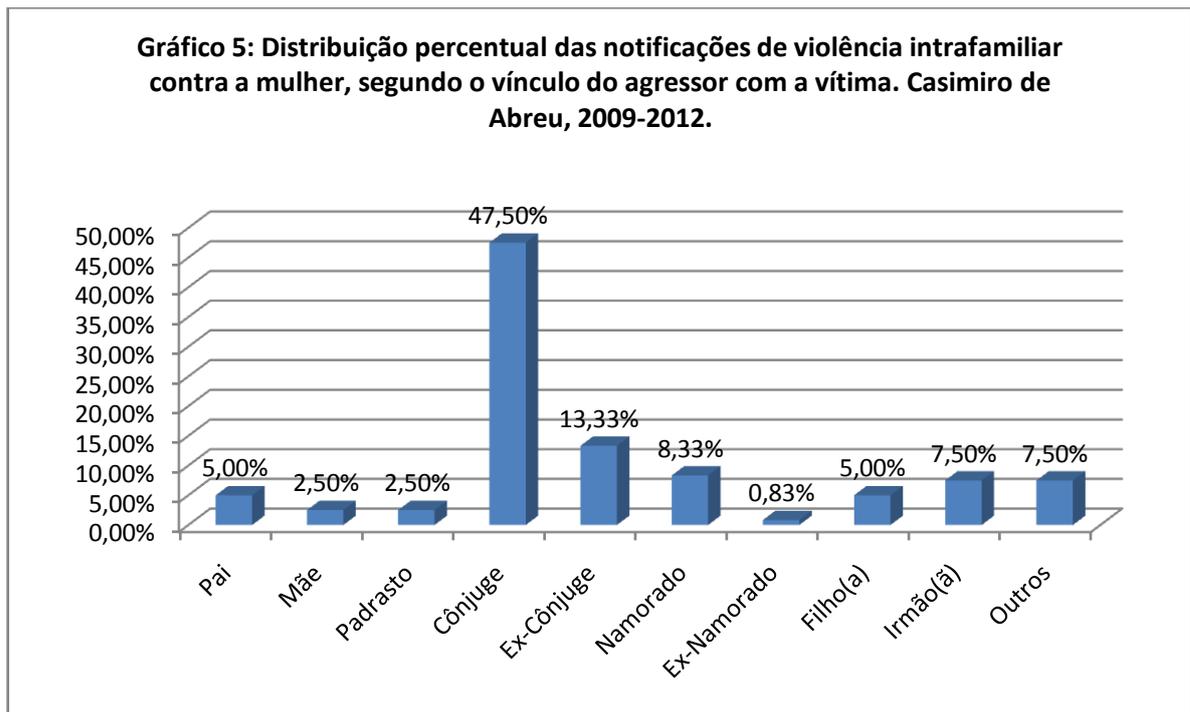
Duas dessas notificações foram praticadas por agressores de ambos os sexos: uma delas envolveu o ex-cônjuge da vítima e a sua atual esposa/companheira, e outra envolveu os irmãos (uma irmã e um irmão).

Entre as doze notificações que tiveram a mulher como autora da violência, três foram executadas por irmãs das vítimas (todas adultas), três foram perpetradas pelas mães das vítimas (duas delas adultas e uma adolescente), duas por tias das vítimas (ambas adolescentes), uma pela atual esposa do ex-cônjuge (adulta), uma pela sogra, uma pela enteada e uma pela filha.



Fonte: SINAN municipal

A distribuição percentual do vínculo do agressor com a vítima está representada no Gráfico 5. Nele, pode-se observar a maior prevalência de violências executadas pelos cônjuges, seguidos pelos ex-cônjuges e namorados. Estas observações estão de acordo com estudos que apontam o marido como principal agressor na maioria das violências intrafamiliares (DESLANDES et al, 2000; RODRIGUEZ; GUERRA, 1996).



Fonte: SINAN municipal

Na ficha de notificação existe um campo denominado “outros” onde se pode informar outros tipos de vínculo do agressor com a vítima. Essa informação é mostrada na Tabela 8 e aponta para a existência de parentes consanguíneos como tia, sobrinho e avô e por afinidade (enteado, sogra e genro) que também aparecem como agressores das mulheres no âmbito intrafamiliar. Alguns deles, sobretudo os parentes consanguíneos, poderiam estar melhor especificados se não estivessem incluídos nessa categoria ‘outros’. Esses achados mostram a existência de equívocos quanto ao entendimento sobre o que colocar neste campo.

Vale ressaltar ainda que a notificação da violência perpetrada por dois autores, que informa um dos agressores como ex-cônjuge e o outro no campo ‘outros’ (atual esposa do

ex-cônjuge), foi alocada, para efeito de distribuição percentual, como violência praticada pelo ex-cônjuge no Gráfico 5. Portanto, na distribuição apresentada nesse Gráfico constam apenas nove notificações (8,33%) referentes à categoria 'outros'. No entanto, ao descrever os autores que constituem essa categoria (Tabela 8) esse caso foi computado no seu grupo específico.

Tabela 8: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o vínculo do agressor com a vítima a partir do campo 'outros'. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Vínculo quando marcado 'outros'	Nº Notificações	%
Tia	2	20,00
Esposa do ex-cônjuge	2	20,00
Sobrinho	2	20,00
Avô	1	10,00
Enteado	1	10,00
Sogra	1	10,00
Genro	1	10,00
Total	10	100,00

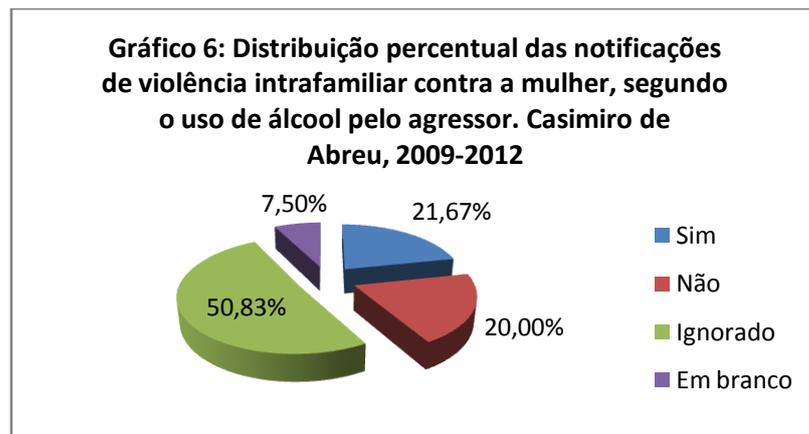
Fonte: SINAN municipal

A variável que relata o uso de álcool pelo agressor também teve sua análise prejudicada pelo grande número de preenchimentos ignorados ou em branco, como mostra o Gráfico6. No total da amostra, 58,33% se encontravam nestas condições de preenchimento. De qualquer forma e apesar de falhas no preenchimento, percebe-se considerável proporção (21,67%) de agressores que haviam consumido bebida alcoólica no momento de perpetrar a violência.

A presença do consumo de álcool nas ocorrências de acidentes e violências, tanto pelos agressores como pelas vítimas, tem sido relatada em vários estudos nacionais e internacionais. Alguns estudiosos têm concluído que o álcool é a substância mais ligada às

mudanças de comportamento provocadas pelos efeitos psicofarmacológicos que tem como resultante a violência (MINAYO; DESLANDES, 1998). Entretanto, é importante salientar que não existe consenso quanto às relações entre o uso de drogas e violência (SOUZA et al, 2013).

Quando se restringe às violências perpetradas por parceiros íntimos (cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado), o que configura 70% do total, o uso de álcool sobe para 26,19% dentre estes.



Fonte: SINAN municipal

6.2.3. Características das Violências/Ocorrências

As violências tiveram seu perfil construído a partir de quatro grupos de variáveis relacionadas:

1) à *ocorrência*: zona (urbana, rural e periurbana), local (residência, via pública, escola, comércio, entre outros) e se a violência já ocorreu outras vezes;

2) à *tipologia da violência*: tipo (física, psicológica/moral, tortura, sexual financeira, entre outros), meio usado na agressão (por exemplo, força corporal/espancamento, enforcamento, arma de fogo, objeto contundente, envenenamento, ameaça), e consequências da violência detectadas no momento da notificação;

3) à *lesão*: natureza da lesão (contusão, fratura, amputação, traumatismos dentário e crânio encefálico, intoxicação, politraumatismo, entre outros), e parte do corpo atingida

(cabeça/face, pescoço, boca/dentes, coluna/medula, tórax/dorso, abdome, membros, órgãos genitais, etc.);

4) aos *encaminhamentos e observações adicionais*: encaminhamento para o próprio setor saúde (ambulatório, hospital), e para outros setores (Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Casa Abrigo, Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM, Ministério Público, entre outros). Também foram analisadas as observações adicionais que constam em um campo específico da ficha de notificação, que é uma questão aberta.

Em relação à zona de ocorrência e à repetição da ocorrência de violência, mais uma vez percebe-se a precariedade das informações: acima de 50% das notificações apresentaram informação ignorada ou em branco, como mostram as Tabelas 9 e 10. Contudo, entre aquelas notificações em que foi possível esclarecer tais informações, observam-se maiores percentuais de ocorrência na zona urbana e de violências que já vêm se repetindo.

Ao considerar os agravos perpetrados pelos parceiros íntimos, percebe-se que 39,28% deles ocorreram em área urbana. Porém, quando se analisa a zona de residência das vítimas desses parceiros íntimos agressores, observa-se que 92,86% delas residem em zona urbana.

Tabela 9: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a zona de ocorrência da violência. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Local	Nº	%
Urbana	49	40,83
Rural	5	4,17
Em branco	66	55,00
Total	120	100,00

Fonte: SINAN municipal

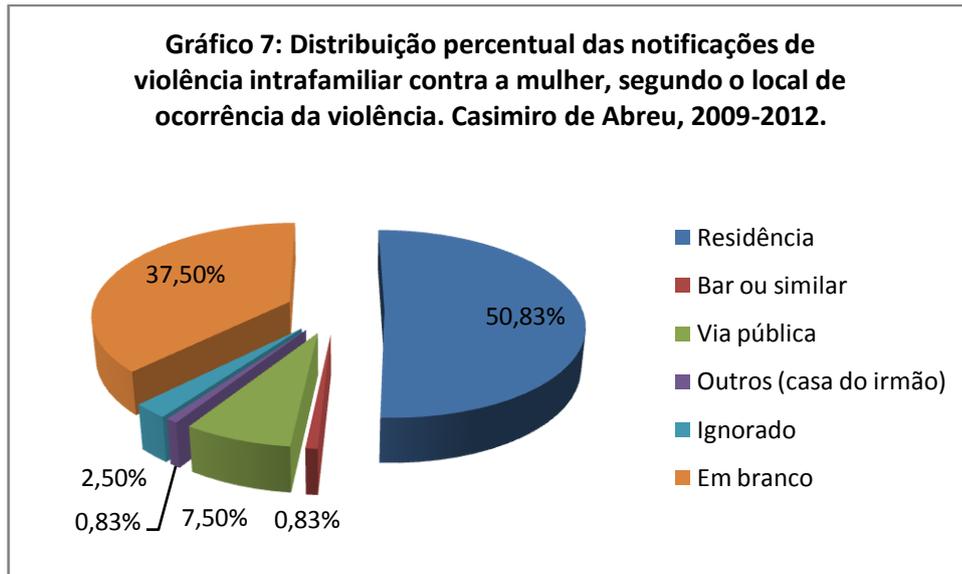
Tais achados, apesar da baixa qualidade da informação, corroboram outros estudos que chamam a atenção para a maior frequência de relações interpessoais violentas nas áreas urbanas das cidades brasileiras (SOUZA et al, 2005), bem como para a dinâmica insidiosa e repetitiva, muitas vezes durante anos, com que a violência ocorre nas relações intrafamiliares, assumindo uma forma de se relacionar entre seus membros (SCHENKER; CAVALCANTE, 2009).

Tabela 10: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo a repetição da violência. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Violência ocorreu outras vezes?	Nº	%
Sim	36	30,00
Não	17	14,17
Ignorado	12	10,00
Em branco	55	45,83
Total	120	100,00

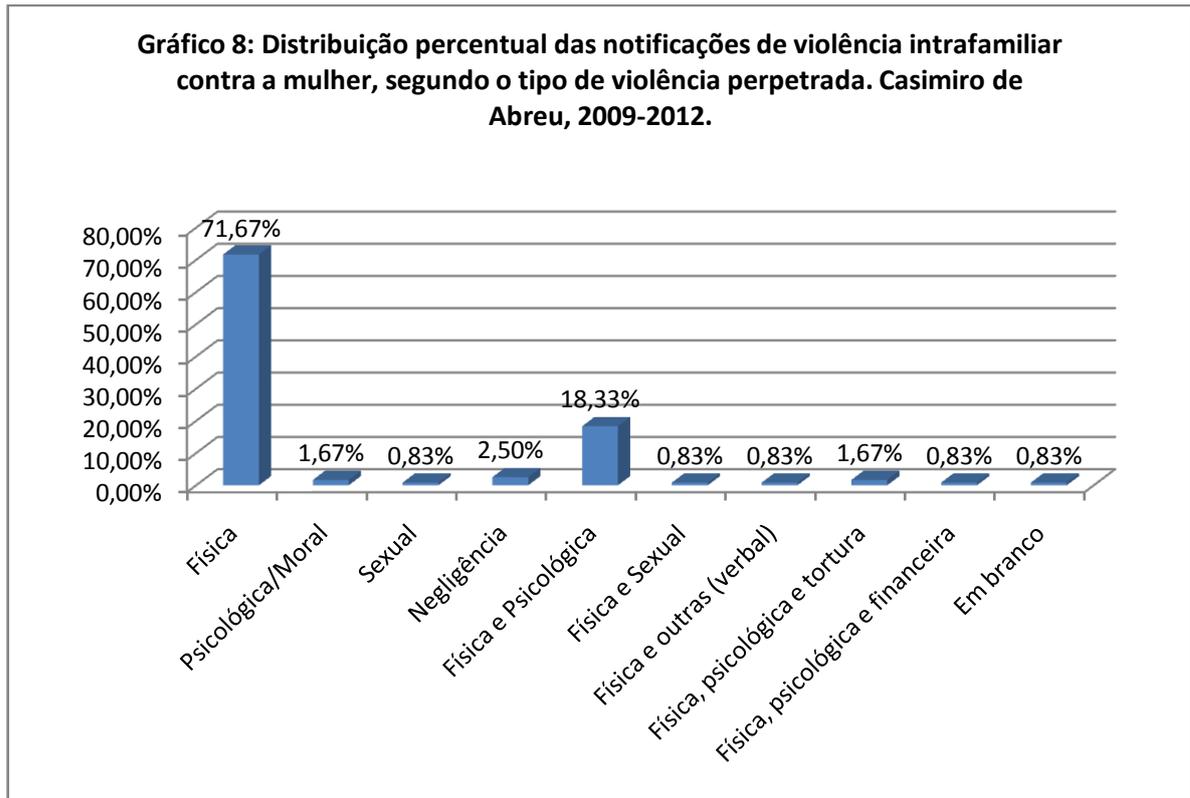
Fonte: SINAN municipal

Conforme esperado, o Gráfico 7 demonstra que mais da metade das violências notificadas contra a mulher ocorreram no âmbito residencial. Aqui, mais uma vez, nota-se que 40% dos registros encontram-se em branco ou informam essa variável como ignorada. Estudos têm reiteradamente discutido que enquanto a violência que afeta o sexo masculino ocorre no ambiente público, como via pública, bar, clube, etc. e é perpetrada por outro homem, na maioria das vezes desconhecido da vítima, a violência que se exerce contra a mulher é precipuamente perpetrada em sua residência (GIFFIN, 1994; DESLANDES et al, 2000) e tem seu companheiro ou ex-companheiro como principal autor da agressão, conforme já mencionado no presente estudo. Tais achados estão de acordo com o encontrado no presente estudo, onde 51,19% das violências praticadas pelos companheiros (cônjuge e namorado) e ex-companheiros foram na residência; com a importante ressalva de que 40,48% desse total estavam com a informação em branco.



Fonte: SINAN municipal

A análise sobre o tipo de violência verificou que a maioria das notificações se refere apenas à violência física (71,67%), mas esse tipo também aparece associado a outros, sobretudo à psicológica, em 22,49%, fazendo com que a violência física esteja presente em 94,16% das notificações (Gráfico 8). É importante frisar a boa qualidade da informação sobre esta variável que tem menos de 1% em branco. Esses achados trazem à tona a complexidade com que a violência ocorre no âmbito das relações intrafamiliares. Assim, vários tipos de violência podem vitimizar uma mesma pessoa em um dado momento como, por exemplo, a violência física vir acompanhada da psicológica ou sexual, como mostram os dados do Gráfico 8, mas também ser de um tipo específico e se repetir em distintos momentos, como costuma acontecer na violência sexual. Estudos demonstram que três quartos a dois terços das mulheres relataram ser alvo de pelo menos um ato de agressão psicológica nos doze meses anteriores à pergunta e, ao menos, uma a cada oito destas relataram um episódio de força física neste período (REICHENCHEIM et al, 2011). É bom lembrar que em pelo menos 30% dos casos aqui analisados, não foi a primeira vez que ocorreu a violência.



Fonte: SINAN municipal

Na Tabela 11 vê-se a distribuição absoluta e percentual das notificações segundo o meio usado para perpetrar a agressão. Nela observa-se que a força corporal/espancamento é a violência mais cometida contra a mulher no âmbito familiar. Ela aparece isoladamente em 67,50% dos casos, mas também ocorre em menores proporções associada à ameaça, ao enforcamento, ao uso de objeto contundente e de substância quente.

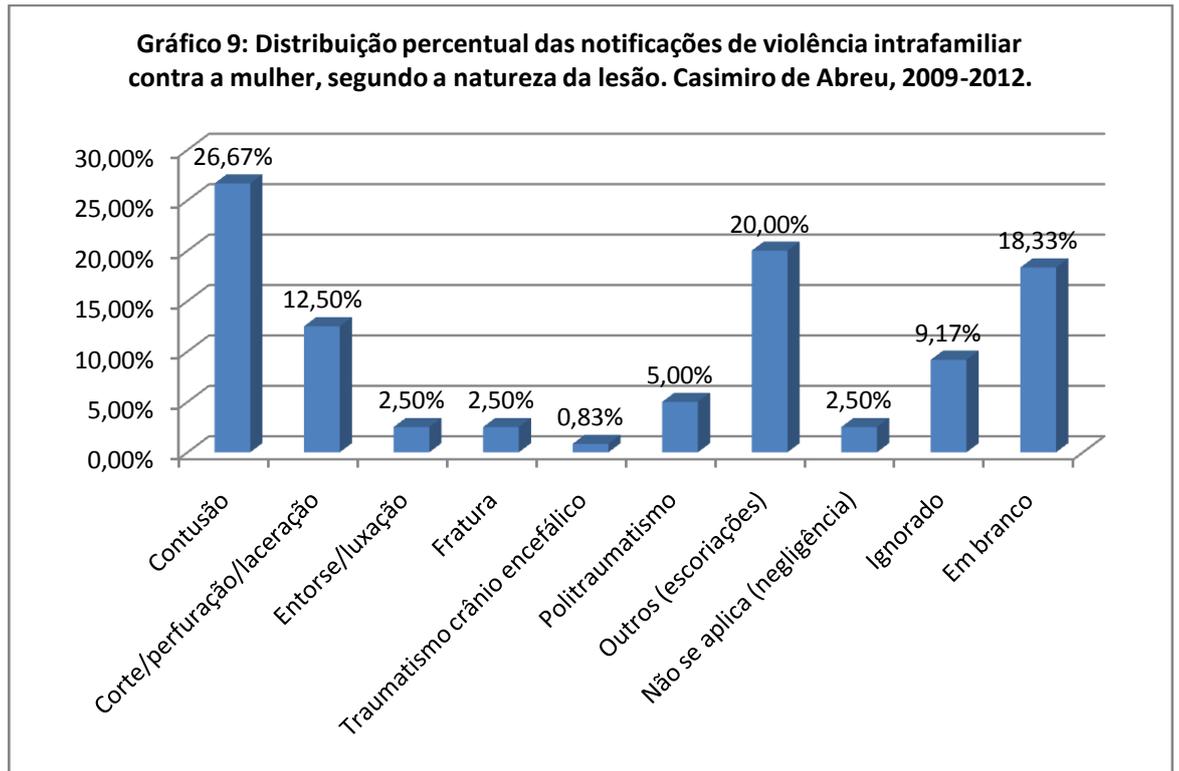
Tabela 11: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o meio usado na agressão. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Meio usado na agressão	Nº	%
Força corporal/espancamento	81	67,50
Enforcamento	1	0,83
Objeto contundente	1	0,83
Objeto pérfuro-cortante	2	1,67
Ameaça	1	0,83

Outros (negligência)	3	2,50
Força corporal/espancamento e ameaça	7	5,83
Força corporal/espancamento e enforcamento	2	1,67
Enforcamento e objeto contundente	1	0,83
Força corporal/espancamento, enforcamento e ameaça	2	1,67
Força corporal/espancamento, substância/objeto quente e ameaça	1	0,83
Força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente e ameaça	1	0,83
Força corporal/espancamento, objeto contundente, substância/objeto quente e ameaça	1	0,83
Ignorado	10	8,33
Em branco	6	5,00
Total	120	100,00

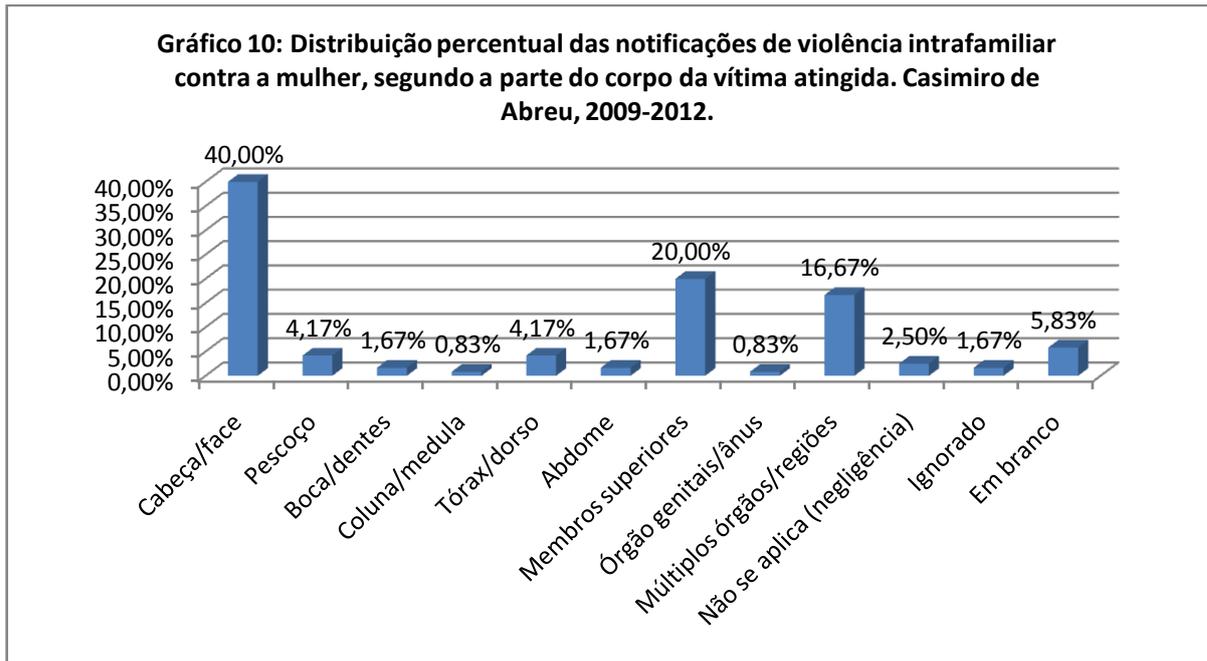
Fonte: SINAN municipal

O Gráfico 9 mostra a distribuição percentual referente à natureza da lesão. A contusão, escoriação e o corte/perfuração/laceração aparecem como as principais lesões. O politraumatismo, a fratura, a luxação e o traumatismo crânio encefálico representam, juntos, cerca de 11% das lesões. É bom salientar que quase 30% das fichas não esclarece adequadamente essa variável.



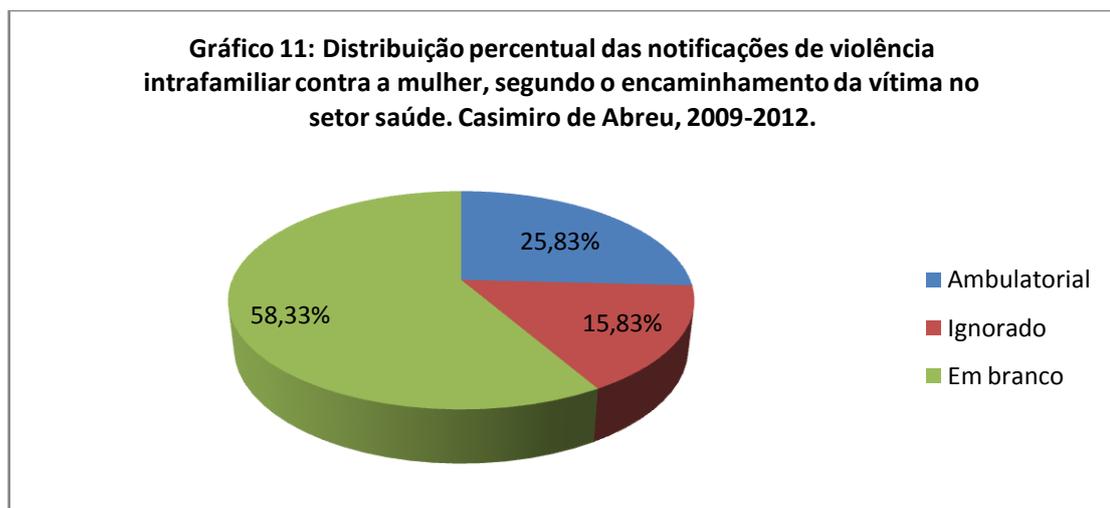
Fonte: SINAN municipal

A parte do corpo da vítima atingida no ato violento está demonstrada no Gráfico 10. Como se pode ver, a cabeça/face é o alvo das agressões, seguida pelos membros superiores e as múltiplas regiões do corpo. Esse padrão da violência contra a mulher tem sido observado por outros autores (DESLANDES et al, 2000) que têm discutido o significado de atacar o rosto das mulheres como uma forma de destruir a sua identidade. Este achado também aparece configurado desta forma quando se trata de agressores com vínculo de companheiro e ex-companheiro da vítima, cujos percentuais de agressão nestas regiões do corpo representam, respectivamente, 40,48%, 21,43% e 20,24%.



Fonte: SINAN municipal

Em relação aos encaminhamentos dos casos de violência realizados pelos profissionais para outros serviços de saúde, a análise das notificações demonstra mais uma vez a incompletude no preenchimento das mesmas, pois mais de 74% delas não têm informação sobre essa variável, como configurado no Gráfico 11. Percebe-se, entretanto, que os serviços ambulatoriais são referidos em 25,83% das fichas, para os quais as vítimas são encaminhadas.



Fonte: SINAN municipal

O mesmo percentual elevado de falta de informação permanece em relação ao encaminhamento dos casos para outros setores, como mostra a Tabela 12. Contudo, as delegacias, em geral e de atendimento à mulher, assim como o Conselho Tutelar são os órgãos para onde os encaminhamentos são feitos com mais frequência.

Tabela 12: Número e percentual das notificações de violência intrafamiliar contra a mulher, segundo o encaminhamento da vítima para outros setores. Casimiro de Abreu, 2009-2012.

Setor	Nº	%
Conselho Tutelar	15	12,50
Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM	13	10,83
Outras delegacias	21	17,50
Ministério Público	1	0,83
Centro de Referência da Mulher	1	0,83
Centro de Referência da Assistência Social/CREAS	1	0,83
Instituto Médico Legal/IML	3	2,50
DEAM e CREAS	2	1,67
Conselho Tutelar e outras delegacias	3	2,50
Ignorado	47	39,17
Em branco	13	10,83
Total	120	100

Fonte: SINAN municipal

A análise das observações adicionais, que é uma questão aberta e tem um campo próprio, mostrou que somente houve registro em duas das 120 notificações. Uma delas relatava que o agressor mantinha a companheira e a filha em cárcere privado; e a outra informava que os filhos presenciaram a agressão perpetrada pelo cônjuge, indicando que a violência já havia ocorrido outras vezes. Existem vários estudos que se debruçam sobre os efeitos na saúde dos filhos, pelo fato de testemunhar a violência entre os pais. Os autores apontam uma série de problemas de saúde, sobretudo, de transtornos psíquicos e

emocionais; de déficit de aprendizagem e desenvolvimento da criança e adolescente; além do aprendizado e reprodução dessa forma violenta de se relacionar, pois a criança constrói a sua personalidade por meio de imagens e opiniões que outras pessoas significativas lançam para ela e que são incorporadas a sua forma de ser desde a infância. Dessa forma, as experiências vividas pela criança serão o molde para as opiniões que ela irá formando sobre sua personalidade (ASSIS; AVANCI, 2006). Segundo Hartigan (1997), estudos realizados nas Américas indicam que as crianças que presenciam o abuso de suas mães correm o risco de também serem agredidas e desenvolverem problemas de adaptação durante a infância e adolescência. A autora afirma ainda que, em outros estudos, as crianças que presenciaram os atos violentos desenvolveram problemas emocionais e sociais, como depressão, agressão, desobediência, baixo rendimento escolar, além de enfermidades.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pôde observar que a violência de uma forma geral e, precipuamente, a violência contra a mulher é um problema concernente ao município de Casimiro de Abreu. Souza e Lima discorreram, em estudo de 2007, que apesar da violência ser visivelmente mais intensa nas áreas urbanas, observa-se mais recentemente um processo de interiorização da mesma, atingindo o interior de vários Estados brasileiros (SOUZA; LIMA, 2007).

Diante disso, a incorporação da violência como problema de saúde pública implica que o setor precisa adotar estratégias que levem ao bem-estar das vítimas através da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como de ações de assistência, recuperação e reabilitação, participando na construção de sua cidadania e qualidade de vida (SOUZA, 2002).

Os resultados evidenciam a fragilidade das informações no que tange o preenchimento das notificações, que interferiu diretamente na construção do perfil das vítimas, com percentual elevado de informações em branco ou ignorado.

Os mesmos também demonstraram que a violência de gênero ainda impera, tendo o cônjuge como principal agressor nas notificações analisadas, e que na grande maioria trata-se de agressões físicas, ou psicológicas, torturas, ameaças, etc.

As agressões, como discutido anteriormente, demonstram um perfil em grande parte domiciliar, cujas vítimas são mulheres jovens que têm seu rosto como principal alvo da agressão.

A violência de gênero traz uma série de aspectos que envolvem os papéis sexuais e de gênero, a relação homem-mulher, a família como espaço privado onde se estabelecem normas, valores e atitudes, a educação, as condições sócio-econômicas das vítimas, a hierarquia de poder dos homens nos aspectos econômicos e culturais e o ideário da superioridade do homem em relação à mulher (TUESTA, 1997).

A violência contra a mulher é um problema histórico que agrega processos sócio-culturais enraizados na sociedade e é agravada pela negligência dos diversos setores e instituições que nela deveriam atuar, acentuando e cronificando os atos violentos.

É fundamental destacar os vieses que um estudo pode sofrer, quando se analisa dados secundários provenientes de um Sistema de Informação, cujo instrumento de informação é uma ficha de notificação; ora preenchida pelos profissionais que atendem as vítimas, ora por profissionais que realizam a busca ativa dos boletins de atendimento hospitalar. A abordagem inapropriada à vítima e o preenchimento inadequado acentuam a problemática de se obter informações fidedignas e mais completas acerca da ocorrência.

Souza, em 2002, questiona que o modelo de comunicação do conhecimento não responde, muitas vezes, de forma eficaz às necessidades individuais e coletivas da sociedade. Ressaltando que ao trabalhar com o tema da violência, é preciso levar em consideração que o fenômeno é demasiado complexo e multicausal, requerendo abordagens metodológica e teórica interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional (SOUZA, 2002).

“Resumidamente, tais sistemas e seus processos informacionais são considerados: 1) grandes demais e em fase de esgotamento e saturação, sendo recomendada a redução de seu tamanho, a criação de sistemas locais e a construção e compartilhamento de redes; 2) instrumentais demais e a serviço do *status quo*, constituindo-se em ferramentas de controle

do Estado; 3) atrelados a uma lógica sistêmica, mecanicista, autoritária, que nega a incerteza e não contempla os conflitos e divergências de interesses sociais, nem a ação participativa; 4) e, finalmente (mas as críticas não cessam por aí), imbuídos de uma filosofia positivista de base empírica que não permite, e até certo ponto nega, a possibilidade de uma comunicação democrática” (ibidem, 2002).

A autora conclui que estes sistemas que envolvem informações sobre violência precisariam ser abertos, permitir ajustes e a participação do usuário; salientando, é claro, a dificuldade e a possibilidade diante de sistemas de informações que pertencem ao governo e que qualquer mudança necessitaria de árduas negociações em nível ministerial (ibidem, 2002).

Dando continuidade aos entraves à qualidade final do preenchimento das fichas de notificação, entra em cena o profissional de saúde, seja aquele que apenas preenche ou aquele que atende as vítimas e preenche o instrumento de informação. Esse profissional, por vezes, não foi capacitado para o preenchimento da ficha e também, ou talvez por isso, não reconhece a devida importância da informação para os processos decisórios na saúde pública.

O desinteresse e descaso, associados às condições ruins de trabalho e ao despreparo dos profissionais em relação à importância do trabalho que realizam corroboram para que o resultado final da informação seja, sob alguns aspectos, pouco descritivo da efetiva realidade (NJAINÉ et al, 1997).

Ainda no âmbito do profissional, a abordagem às vítimas no momento do atendimento e o reconhecimento da ocorrência da violência configuram outros vieses para a apuração da informação.

Apesar de diversos autores apontarem para dificuldades dos profissionais na identificação de que as lesões, assim como outros distúrbios de saúde apresentados pelas mulheres, estão inseridas em um contexto de violência doméstica, a pesquisa realizada por Tuesta, em 1997, observou que os profissionais não têm dificuldades em identificar a violência, pois frequentemente suspeitam dela. Para eles o que parece ser difícil é saber qual a forma de encaminhamento que deve ser dada ao caso.

Em outro estudo, realizado em unidades de atenção primária, as autoras concluíram que as práticas profissionais estão relacionadas com a forma como a violência é entendida por eles. E que, acostumados a trabalhar na lógica da demanda espontânea, muitas vezes deixam passar casos de violência simplesmente por não incorporarem em sua prática profissional a suspeição dos eventos violentos; reafirmando a falta de entendimento que a violência é um problema também concernente à saúde e à sua prática (BORSOI, BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009). As autoras observaram ainda que diante da falta de treinamento dos profissionais que não atuam em unidades de referência ao atendimento às vítimas de violência, os casos não têm o devido seguimento no acompanhamento por parte deles.

Ferreira, em 1991, apontou que “no se trata de endurecerse y tomar distancia, sino de acompañar las vicisitudes com afecto y lucidez (...) Volverse inmune al dolor del otro es peligroso; es favorecer La represión emocional” (apud TUESTA, 1997, p. 129)

Entrando na ótica da vítima, outro fator que dificulta o mapeamento das violências domésticas e intrafamiliares é o medo e a vergonha por parte das vítimas em relatar sua situação ao profissional que a atende. Como dito anteriormente, falta uma abordagem acolhedora e, muitas vezes, ética por parte dos profissionais. Mas, nesse contexto, também se insere a vergonha da vítima em relatar a origem de sua lesão, o medo de atitudes vingativas por parte do agressor, a falta de apoio familiar em relação ao problema, ou mesmo a descrença no sigilo que profissional guardará sobre o seu caso (HARTIGAN, 1997).

Apesar de todos os entraves e vieses acima descritos, o estudo teve como orientação principal descrever a realidade das violências intrafamiliares contra a mulher no intuito de promover mudanças estratégicas no embate da problemática.

Os serviços de saúde constituem um espaço privilegiado de ações para identificação, tratamento e prevenção das violências intrafamiliares (TUESTA, 1997). O sistema de saúde é um setor, dentre as instituições que permeiam a teia de suporte às vítimas de violência, ao qual as mulheres recorrem em algum momento de sua vida (HARTIGAN, 1997).

Para que se efetivem mudanças na abordagem e acolhimento das vítimas, é necessário que se façam treinamentos e capacitações dos profissionais que estejam envolvidos neste processo. Uma capacitação que envolva desde o conhecimento do que é a

violência intrafamiliar, o que ela envolve, seu diagnóstico, que deve incluir a percepção inclusive de violências psicológicas, até o atendimento que é prestado às vítimas.

Os profissionais capacitados devem incluir, em sua prática e anamnese, o questionamento sobre a presença de violência (de todos os tipos), independente do relato ou não das vítimas. A questão ética do sigilo também deve ser reforçada, principalmente quando se trata de um município de pequeno porte (menos de 50 mil habitantes). Além disso, devem ser treinados para que possam dar o devido encaminhamento aos demais setores concernentes à problemática da violência, como delegacias, educação, assistência social, núcleos de acolhimento, ONG's, etc.

No âmbito da gestão, vale a promoção de articulações e alianças com os demais setores envolvidos, no intuito de oferecer um suporte integral às vítimas, para que as mesmas sintam-se seguras e dispostas a romper com a permanência da situação de violência.

O presente estudo será encaminhado na forma de relatório para os gestores municipais envolvidos na dinâmica dos atos violentos, levando as informações nele contidas, como estratégia para orientar possíveis ações de acolhimento e apoio institucional às vítimas de violência. Estas informações podem inclusive nortear a elaboração de metas dos instrumentos de planejamento como: Programação Anual de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual; sendo, inclusive, a construção destes dois últimos neste corrente ano.

O anseio é que este estudo possa trazer esclarecimentos e que de alguma forma sensibilize todos os envolvidos neste processo multifacetado e complexo: vítimas, agressores, profissionais de saúde, gestores, Educação, Assistência Social, Sistema Jurídico, etc. e, principalmente, que sensibilize a todos nós cidadãos.

8. REFERÊNCIAS

- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298p.
- BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v.13, n.28, p. 165-174, jan./mar. 2009.
- BRASIL. Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001. Altera o Código Penal para dispor sobre o crime de assédio sexual. *Presidência da República*, 2001.
- BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no caso de violência contra a mulher. *Presidência da República*, 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha - cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Presidência da República*, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. *Manual de gestão da vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz III*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, 2008. 60 p.
- BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, 2001. Seção 1e.
- BRASIL. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Estabelece ficha e fluxo de notificação de violências. *Ministério da Saúde*, 2004.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*. Brasília: Presidência da República, 2006.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Presidência da República, 2005.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres*. Brasília: Presidência da República, 2011.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres*. Brasília: Presidência da República, 2011.
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.F.M.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 129-137, jan./mar. 2000.
- FERREIRA, G.B. La Mujer Maltratada. Um Estudio sobre las Mujeres Víctimas de La Violencia Doméstica. Buenos Aires: Editora Sudamericana, 1991. Apud TUESTA, A.J.A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 1997. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 146-155, 1994.
- HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra La mujer. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.2, p. 290-294, 1997.
- IBGE: resultados censo 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 jun. 2012.

- KRUG, E.G. (Ed.) et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.13, n.3, p.135-147, jul./set. 2004.
- MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 646-647, mai./jun. 2004.
- MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (sup), p. 1259-1267, 2007.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 35-42, jan./mar. 1998.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, v.4, n.3, p.513-531, nov. 1997-fev. 1998.
- NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 405-414, jul./set. 1997.
- NJAINE, K.; REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, Brasília, 2005. 340 p.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Relatório final da *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: Convenção Belém do Pará*. Belém, jun. 1994.
- RAMIREZ-RODRIGUEZ, J.C. & PATIÑO-GUERRA, M.C. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 405-409, jul./set. 1996.
- REICHENHEIM, M.E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*, Saúde no Brasil 5, mai. 2011.
- RIO DE JANEIRO. Lei nº 3.359, de 2002. Cria o Programa Estadual de Segurança da Mulher. *Governo do Estado do Rio de Janeiro*, 2002.
- RIO DE JANEIRO. Portaria nº 620, de 12 de março de 2013. Estabelece a rotina a ser observada pela autoridade policial nas ocorrências de homicídio em que a vítima seja a mulher. *Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro*, 2013.

- SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, v.16, p.115-136, 2001.
- SAFFIOTI, H.I.B. *Gênero, Patriarcado, Violência*. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SCHENKER, M; CAVALCANTE, F.G. Famílias que se comunicam através da violência. In: Njaine, K. (Org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2ª ed., pp. 197-214, 2009.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: banco de dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 3 fev. 2013.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE: banco de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude/410-tabnet.html>. Acesso em: 24 set. 2013.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES: banco de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude/410-tabnet.html. Acessado em: 24 set. 2013.
- SANTOS, A.R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. 7.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, 192 p.
- SOUZA, E.R. et al. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 667-676, 2013.
- SOUZA, E.R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 380p.
- SOUZA, E.R. & LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11 (Sup.), p. 1211-1222, 2007.
- SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C.; VEIGA, J.P.C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, Brasília, 2005. 340 p.
- SOUZA, E.R.; NJAINE, K.; MINAYO, M.C.S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para construção da cidadania. *Informare*, v.2, n.1, p. 104-112, jan./jun. 1996.
- TUESTA, A.J.A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 1997. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de

Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

WALDMAN, E.A. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. *Iesus*, v.7, n.3, jul./set. 1998.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 – Ficha de Notificação SINAN- NET (frente)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
	8 Nome do paciente			9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 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 a 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					
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares					
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
					50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

9.2. Anexo 2 – Ficha de Notificação SINAN-NET (verso)

Tipologia da violência	51 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 _____		52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <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 <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	53 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"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
Consequências da violência	55 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			
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provável autor da agressão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		60 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)	
61 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado				
62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prof. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data
71 Data de encerramento				
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:				
TELEFONES ÚTEIS				
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função		Assinatura
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008