

Artigo original

Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014

Notifications of violence against adult women in the State of São Paulo in 2014

Claudia Vieira Carnevalle¹; Teresa Cristina Gioia Schimidt^{II}; Marco Antonio de Moraes¹; Mirian Matsura Shirassu¹; Dalva Maria de Oliveira Valencich¹

¹Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. ^{II}Núcleo Técnico de Humanização do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório, de caráter quantitativo, realizado com o objetivo de apresentar os dados epidemiológicos da violência doméstica, sexual e/ou outras violências que atingiram a mulher adulta no ano 2014 no Estado de São Paulo. Os dados foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. A proporção de 81,7% das violências foi verificada na zona urbana, sendo a residência (66,4%) o local de maior ocorrência. As taxas de violência entre as faixas etárias variaram entre 0,029 a 0,039 por 100 mil habitantes do sexo feminino; sendo as mulheres casadas ou em união consensual e ainda as negras as mais atingidas. O homem foi o maior representante provável da autoria dos atos de violência (64,8%), sendo a suspeita da associação com consumo de álcool demonstrado em 30% dos casos. O comportamento violento e repetitivo atingiu 41,4% revelando que a reincidência é uma realidade a ser enfrentada. O vínculo/grau de parentesco do provável autor da agressão pertenceu ao grupo companheiro, em todos os tipos de violência, exceto na sexual. O estupro constituiu-se na forma mais incidente de violência sexual, sendo realizada a profilaxia de DST (45,2%), HIV (44,7%), Hepatite B (30,8%) e contracepção de emergência (29,5%). O aborto legal foi necessário para 2,6% dos casos. A violência contra a mulher afeta aspectos físicos, econômicos, reprodutivos e comportamentais que podem contribuir na geração de doenças ou consequências fatais, extrapolando o âmbito da saúde e revelando a necessidade do cuidado ampliado e intersetorial.

PALAVRAS-CHAVE: Violência de Gênero. Violência Contra a Mulher. Violência. Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out to characterize cases of violence against adult women reported in São Paulo State in 2014. The data were collected from the Information System of Compulsory Notifiable Conditions (Sinan Net), a national system defined by Ministry of Health, using the software Tabwin to data analysis. Cases of violence occurred mainly in the urban area, representing 81.7%. The residential area was more frequently, with 66.4% of cases. The violence rates between age groups ranged from 0.029 to 0.039 per 100 thousand inhabitants. Married women or in consensual union were the most affected group. Analyzing race, black women were the most affected. In 64.8% of cases, man was the probable aggressor, and the association with alcohol consumption was suspected in 30% of cases. Violent and repetitive behavior reached 41.4% of cases, revealing how recidivism is a reality to be faced. The bond of the likely perpetrator of aggression was the partner in all types of violence, except sexual violence. Abuse was the most prevalent form of sexual violence. Prophylaxis was done to STD (45.2%), HIV (44.7%), Hepatitis B (30.8%) and emergency contraception (29.5%). Legal abortion was necessary for 2.6% of cases. In conclusion, violence against women affects physical, economic, reproductive and behavioral aspects. It can cause diseases or fatal consequences, extrapolating the scope of health and revealing needs for expanded and intersectoral care.

KEYWORDS: Gender violence. Violence against women. Violence, Health Information System.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social, histórico, multicausal, complexo e controverso, que acompanha toda a experiência da humanidade. É representada por ações individuais ou coletivas capazes de gerar danos físicos, emocionais, éticos e/ou morais, atingindo a si próprio ou a outras pessoas, trazendo uma série de ambiguidades que acabam por interferir no modo de reconhecer, compreender e cuidar da problemática.¹

O fenômeno mantém-se presente na humanidade ao longo do tempo e inúmeras tentativas são aplicadas pelos sistemas religiosos, legais e até coletivos de minimizar e/ou prevenir sua ocorrência.²

Neste estudo, assume-se como conceito de violência o determinado pela Organização Mundial da Saúde (2002) que a descreve como sendo o “uso 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.³

No Brasil, a violência assumiu um caráter endêmico e converteu-se em um problema de saúde pública, haja vista o grande quantitativo de pessoas envolvidas, bem como a tipologia e a magnitude aguda e crônica que as atingem.

Embora existam estimativas imprecisas, sabe-se que o custo da violência é altíssimo. O valor associado ao custo mensurável é evidenciado pelo aumento dos gastos com o uso dos serviços de saúde, consumo de tecnologia assistencial e de reabilitação. Já os custos não mensuráveis englobam situações cuja dor e sofrimento psicológico são gerados diretamente às vítimas e, ainda, estendem-se aos que com elas convivem, tratam e assistem.²

Apesar de haver uma variedade de estudos na área da saúde sobre a violência, eles não se esgotam e continuam a necessitar de mais aprofundamentos sobre a temática, seja na vertente explicativa (reflexões filosóficas e teóricas), seja na operacional (identificação de transtornos biológicos, emocionais e físicos que acometem suas vítimas e a influência na dinâmica do bem-estar e qualidade de vida dos envolvidos).

Defende-se que a violência possa ser evitada e suas consequências reduzidas, desde que a abordagem seja interdisciplinar, embasada no conhecimento científico disponível e na valorização de intervenções peculiares e precisas para cada caso em específico. No âmbito da saúde pública, as soluções para seu enfrentamento pautam-se em quatro pontos: analisar o montante de dados ligados ao

tipo, extensão, características, consequências nos níveis local, regional, nacional e até internacional; determinar as causas e fatores que influenciam, desencadeiam e modificam sua ocorrência; planejar, implementar, monitorar, avaliar as intervenções de cunho preventivo e, ainda, disseminar as informações incluindo os custos e a eficácia das ações realizadas em seus diferentes cenários.²

No Brasil, o monitoramento da violência sob o foco da vigilância epidemiológica é feito pela análise dos dados de declaração de óbito e autorização de internação em hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), derivados, respectivamente, do Sistema de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), desde 2006. Este foi implantado para complementar as análises epidemiológicas já existentes, ofertando maiores detalhes a respeito das características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor da violência, mas que existem e permanecem ainda silenciados em nossa sociedade, como são os de violência sexual e doméstica.⁴

O Sistema VIVA contínuo (Sinan) e VIVA Inquérito está estruturado em duas modalidades de vigilância e com sistemas de informação específicos com fichas próprias para a coleta de dados: Vigilância de Violência Interpessoal/Autoprovocada (VIVA Sinan - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada) e Vigilância de Violências e Acidentes em Unidades Sentinelas de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito - Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência).⁵

É essencial citar que o registro de violência interpessoal/autoprovocada é uma medida de notificação compulsória, em todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violência homofóbica em todas as idades. Já para caso de violência extrafamiliar/comunitária, a notificação é obrigatória quando atinge crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, indígenas, deficientes e pertencentes à população LGBT.⁶

Já os dados provenientes do sistema VIVA Inquérito têm como foco a análise da tendência das violências e acidentes e a determinação do perfil de violências (interpessoal e autoprovocada) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência.⁷

A distribuição de violência interpessoal e autoprovocada não é uniforme. Existem características, como a questão de gênero, que tornam algumas pessoas mais susceptíveis e vítimas que outras, inclusive, justificando o recorte do atual artigo. Em 2010, o total de notificações de violência no Estado de São Paulo, conforme o sistema VIVA/Sinan, foram 21.690, sendo a mulher a mais acometida, representando 70% dos casos notificados.⁸

É interessante citar que os estudos de gênero desenvolvidos procuram em certa medida ampliar o conhecimento sobre a dinâmica das relações entre homens e mulheres que revelam desigualdades de condições de vida e empoderamento. Tais situações acabam por culminar em um cenário associado à violência, problema reconhecido como de saúde pública, que requer ser estudado, divulgado e enfrentado.⁹

Este artigo tem como objetivo principal apresentar os dados epidemiológicos da violência notificada no VIVA Sinan que atingiu a mulher no ano de 2014, no estado de São Paulo, e assim disponibilizar informações sobre o comportamento desses agravos visando subsidiar ações de enfrentamento de determinantes e condicionantes das causas externas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório e de caráter quantitativo. Os dados coletados referem-se ao ano de 2014 no estado de São Paulo e foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan). Esclarece-se que foi utilizada a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, padronizada nacionalmente.

O estudo diz respeito às violências em mulheres adultas na faixa etária de 20 a 59 anos.

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas dos casos (raça/cor, escolaridade, idade e situação conjugal), dos tipos de violências, das violências sexuais (forma de violência, procedimentos no setor saúde e consequências produzidas) e do provável autor da agressão.

Tipos de Violências:¹⁰

- Violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.
- Violência doméstica/intrafamiliar é exercida contra pessoas de ambos os

sexos e todas as idades, independente do tipo ou natureza da violência.

- Violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos.
- Violência sexual, quando exercida contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Tráfico de seres humanos, quando exercido contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Trabalho infantil, é vedado o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) e qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos (EC nº 20 de 1998).
- Intervenção legal, quando exercida contra pessoas de ambos os sexos e todas as idades.
- Violência financeira/econômica ou patrimonial, quando exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.
- Negligência/abandono, nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Esse objeto de notificação também se aplica às pessoas com graus severos de deficiência ou transtorno mental em função de sua grande vulnerabilidade.

- Violência Física são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
- Violência Psicológica/Moral é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
- Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental

A tentativa de suicídio:

- a notificação é imediata, considerando a importância da tomada rápida de decisão, como encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize.

A violência sexual:

- a notificação imediata, visa agilizar o atendimento da pessoa e seu acesso às medidas de profilaxia às doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. No caso de meninas ou mulheres, visa também ao acesso imediato à contracepção de emergência.

Apesar das recomendações referentes ao preenchimento serem apenas para listar o principal tipo de violência, existe a possibilidade de selecionar outros tipos, como para as variáveis (tipo de violência, relação com o agressor e consequências da violência). Assim para os dados das tabelas apresentados neste trabalho com essas informações, não haverá a soma que totalizará 100%.

Foram utilizadas, como denominadores para o cálculo da taxa raça/cor, as estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no ano de 2014.

RESULTADOS

A seguir, descrevem-se os resultados obtidos na coleta de dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de janeiro 2011, determinou que a notificação de violência interpessoal fosse compulsória a todas as unidades de saúde. Atualmente, a notificação consta da Lista de Notificação compulsória estabelecida no anexo 1 do anexo V, Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 (publicada em 03/10/2017).

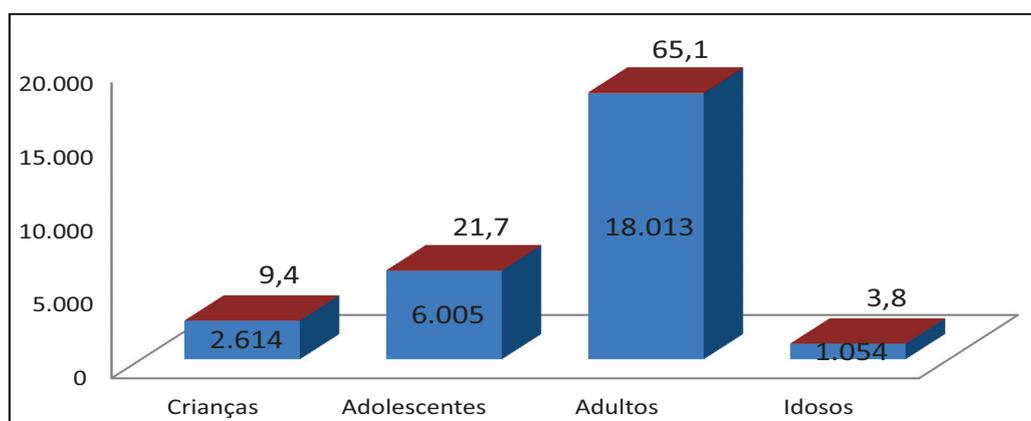
Os dados da Tabela 1 apresentam o número de notificações no Estado de São Paulo e revelam um incremento entre 2011 e 2012, seguido por discreto declínio em 2013 e estabilização em 2014.

Os dados de notificação de violências em 2014 foram estratificados em crianças (0-9 anos), adolescentes (10-19 anos), mulheres adultas (20-59 anos) e mulheres idosas (60 e mais anos). Os resultados revelaram que, no período estudado, houve um número significativo entre as adultas (Gráfico 1).

Tabela 1. Distribuição de casos notificados de violências, segundo total de violências e sexo feminino, estado de São Paulo, 2011 a 2014

	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	N	%
casos no sexo feminino	21.031	67	29.850	67,5	27.894	68,9	27.686	67,6
Total de casos	31.408	100	44.205	100	40.568	100	40.987	100

Fonte: Núcleo Estadual VIVA /SES-SP - SinanNET



Fonte: Núcleo Estadual VIVA /SES/SP - Sinan Net

Gráfico 1. Frequência e distribuição percentual dos casos de violências, segundo sexo feminino e etapa do ciclo de vida, estado de São Paulo, 2014

Os dados da Tabela 2 mostram as faixas etárias de acordo com o número de notificações, escolaridade, raça-cor situação conjugal dessas mulheres. Destaca-se que os dados de escolaridade podem não representar o perfil das mulheres que sofreram violências, uma vez que o percentual de campos ignorado/

branco representam 36,3 dos casos. Quanto à situação conjugal, as mulheres casadas/união consensual apresentam uma sequência de 42,2%, seguidas das solteiras com 30,8%. No caso dos dados identificados como ‘não se aplica’ infere-se erro no preenchimento, pois trata-se de mulher adulta.

Tabela 2. Distribuição dos casos de violências em mulheres adultas, conforme a faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação conjugal, estado de São Paulo, 2014

Características dos casos	Frequência (n = 18013)	Porcentagem
Faixa etária (anos)		
20 a 29 anos	6.986	38,8
30 a 39 anos	5.972	33,2
40 a 49 anos	3.462	19,2
50 a 59 anos	1.593	8,8
Escolaridade		
Analfabeto	117	0,6
Ensino fundamental incompleto	3.306	18,4
Ensino fundamental completo	1.595	8,9
Ensino médio incompleto	1.385	7,7
Ensino médio completo	3.807	21,1
Educação superior incompleta	510	2,8
Educação superior completa	750	4,2
Ignorado/Em branco	6.543	36,3
Raça/Cor*		
Branca	10.090	56
Parda	4.432	24,6
Preta	1.238	6,9
Amarela	80	0,4
Indígena	19	0,1
Ignorado/Em branco	2.154	12
Situação conjugal		
Casado/União Consensual	7.607	42,2
Solteiro	5.549	30,8
Separado	1.696	9,4
Viúvo	266	1,5
Não se Aplica	175	1
Ignorado/Em branco	2.720	15,1
Total	18.013	100

*autoreferida

Fonte: Sinan Net - Núcleo Viva SES/SP

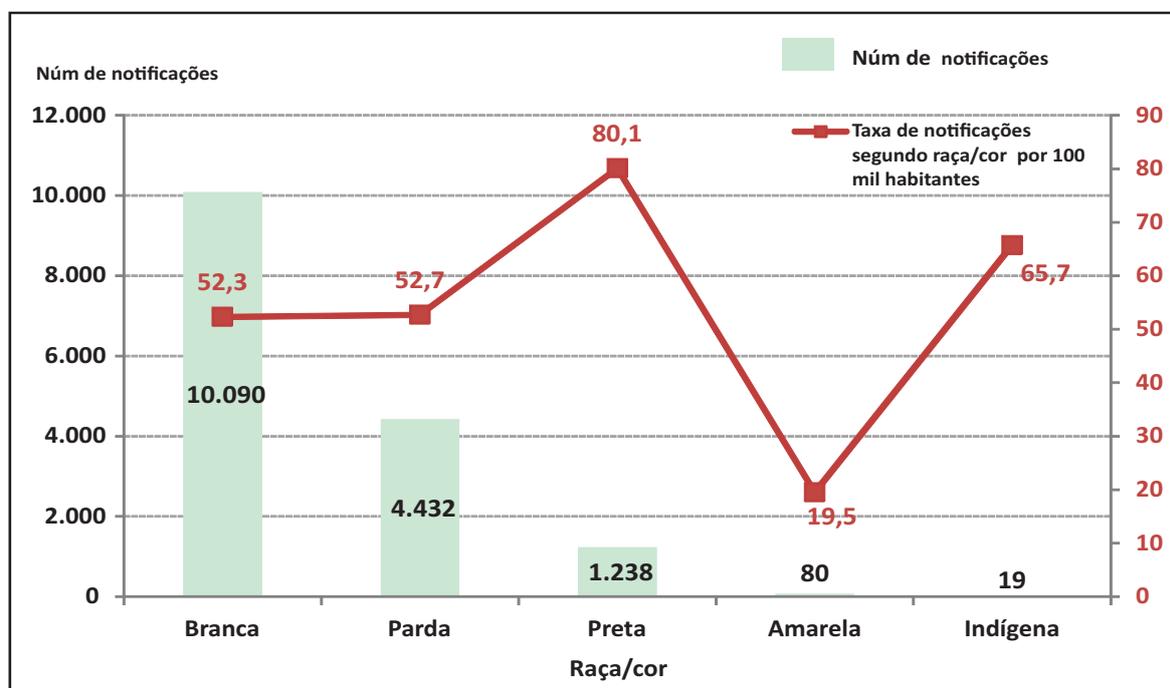
Apesar das mulheres negras (preta e parda) representarem 31,5% dos casos notificados analisados neste estudo, ao avaliar as taxas segundo distribuição das raças na população (estimativa PNAD 2014), observamos valores mais elevados na população preta seguida da indígena e parda. (gráfico 2)

Os homens foram os autores das violências interpessoais contra as mulheres em 11.670 representando 64,8%. Os casos notificados concentraram-se na zona urbana (14.708 - 81,7%), sendo a residência o principal local de ocorrência (11.962 - 66,4%), seguido pela via pública (2.717 - 15,1%). A suspeita de associação do ato de violência com o consumo de álcool pelo agressor representou 30,0% do total de notificações.

As notificações dos casos de violência com alguma relação com o trabalho representam 2,3% com 421 casos.

Na Tabela 3, constam os dados referentes ao tipo de violência cometida contra as mulheres, bem como o vínculo/grau de parentesco do provável agressor. Ressalta-se que uma mesma mulher pode ter sofrido um ou mais tipos de violência e, ainda, por mais de um tipo de agressor, motivo pelo qual os valores percentuais não são somados na tabela.

As seguintes condições para cada uma das cinco categorias distintas do provável agressor foram consideradas: *companheiro* (cônjuge, namorado(a), ex-cônjuge, ex-namorado(a) e relacionamento extraconjugal); *familiar* (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão, irmã, filho(a), tio(a), primo(a)); *conhecido* (amigos, conhecidos, relação institucional, patrão, chefe e cuidador); *estranho* (desconhecido) e *outros* (policial agente da lei/agente carcerário).



Estimativa populacional baseada no PNAD 2014
Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

Gráfico 2. Taxa de notificação de violências em mulheres adultas, segundo raça, estado de São Paulo, 2014

Tabela 3. Distribuição dos casos de violências em mulheres adultas, conforme o tipo de violência e o vínculo/ grau de parentesco do provável agressor, estado de São Paulo, 2014

Tipo de Violência	Provável Agressor					Subtotal
	Companheiro	Familiar	Conhecido	Estranho	Outros	
Física	7.752	1.219	1.640	1.085	49	11.745
	-66	-10,4	-14	-9,2	-0,4	-100
Psicológica/moral	3.791	435	485	307	13	5.031
	-75,4	-8,6	-9,6	-6,1	-0,3	-100
Outra violência	118	15	21	38	1	193
	-61,1	-7,8	-10,9	-19,7	-0,5	-100
Sexual	233	33	156	467	9	898
	-25,9	-3,7	-17,4	-52	-1	-100
Tortura	322	41	31	51	2	447
	-72	-9,2	-6,9	-11,4	-0,4	-100
Financeira/econômica	172	25	11	51	0	447
	-76,4	-11,1	-4,9	-7,6	0	-100
Negligência/Abandono	52	29	2	2	0	85
	-61,2	-34,1	-2,4	-2,4	0	-100

Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

Os dados da Tabela 4 expõem as diferentes formas de violência sexual, os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas no atendimento em serviço de saúde e as consequências geradas pela violência propriamente dita. Ressalta-se que uma mesma mulher pode ter sofrido uma ou mais formas de violência sexual, como também ter recebido um ou mais

procedimentos e, ainda, sofrer mais de um tipo de consequência, motivos pelos quais os valores totais e percentuais não são somados na tabela.

As notificações denominadas como lesão autoprovocada compreendem as tentativas de suicídio, bem como as autoagressões, representando 2.776 casos (15,4% do total de casos).

Tabela 4. Distribuição dos casos de violência sexual em mulheres adultas, de acordo com a forma de violência e os procedimentos realizados após seu atendimento no serviço de saúde, estado de São Paulo, 2014

Características	Frequência(n = 898)	Porcentagem
Forma de Violência Sexual		
Estupro	751	83,6
Assédio sexual	127	14,1
Atentado violento ao pudor	34	3,8
Outras	19	2,1
Exploração sexual	16	1,8
Procedimentos no Serviço de Saúde		
Profilaxia DST	406	45,2
Profilaxia HIV	401	44,7
Coleta de Sangue	370	41,2
Profilaxia Hepatite B	277	30,8
Contracepção de Emergência	265	29,5
Coleta de Secreção Vaginal	151	16,8
Aborto Legal	23	2,6
Consequências Produzidas		
Estresse Pós-Traumático	229	25,5
Transtorno Comportamental	56	6,2
Transtorno Mental	32	3,6
Gravidez	32	3,6
DST	23	2,6
Aborto	19	2,1
Outras Consequências	12	1,3
Tentativa de Suicídio	05	0,6

Fonte: SinanNET - Núcleo Viva SES-SP

DISCUSSÃO

Sabe-se que a violência contra as mulheres atinge vários aspectos que englobam a violação dos direitos à saúde, à vida, à integridade física, à privacidade, à autonomia e outros, gerando um forte impacto negativo na qualidade de vida e reforçando a desigualdade de gênero.¹¹

O número de notificações de violências, quando comparada com o existente em

2010 para os demais anos, sofre incremento contínuo a partir de 2011, quando a notificação foi alterada legalmente e passou a ser obrigatoriedade para além das unidades sentinela.⁵ No entanto, a maior parte dos atos de violência contra as mulheres não é informada às autoridades ou detectada pelos serviços de saúde. Estas informações são enriquecidas por meio de pesquisas transversais com essa população, permitindo

o conhecimento mais detalhado da natureza e da extensão da problemática.¹²

No Brasil, estima-se que mais de 13 milhões de mulheres sofreram, durante o decorrer da vida, algum tipo de violência. As adultas representam 19%, a estatística mundial refere 35%. Em ambos os casos o valor é inferior ao alcançado pelo Estado estudado, que atingiu 65,1%.¹³ A convivência com o agressor é uma realidade dura e ainda é mantida para 31% das que já sofreram violência.¹³

As mulheres casadas/união consensual e as solteiras apresentaram o maior número de notificações. Entre as mais velhas e casadas são cometidos abusos e maus tratos por agressores conhecidos, geralmente seus maridos/companheiros atuais ou anteriores. Mas, ressalta-se que há uma maior propensão em não fazer denúncia dos agressores quando estes são conhecidos das mulheres. É comum estas, além de sofrerem e sentirem vergonha, terem dependência financeira, preocupação com a criação dos filhos, ou mesmo medo ou submissão por saberem que seus agressores exercem algum tipo de domínio e atitudes ameaçadoras.¹⁴ Tal situação leva essas mulheres a se calarem, não procurando por assistência médica e social, motivo que reforça os índices de notificação serem abaixo da realidade.¹⁵

Quando a mulher é agredida, internaliza o medo, visto o processo educativo repressor que inibe a possível iniciativa de denunciar o autor de sua agressão e/ou buscar estratégias de mudança para sua vida, o que a aprisiona no cenário de violência.

O rompimento da relação com o agressor requer tempo e, ainda, há necessidade de um intenso trabalho de resgate de valores pessoais.

No entanto, sabe-se que a autonomia decisória está pautada, em grande parte, na conquista da independência econômica e psicológica, daí, os profissionais que estão em contato ajudá-la e não a julgarem.¹⁶

A associação do ato de violência com o consumo de álcool (pelo agressor) em nosso estudo foi de 30% e é uma realidade verificada em outros estudos, sendo nos finais de semana com evidência ainda maior.¹⁷ Na Austrália, 36% dos homens que cometeram homicídios contra sua parceira íntima estavam sob influência do álcool naquele momento. Outro dado que reforça os achados deste estudo é o relatado por 65% das mulheres da África do Sul de que seus parceiros tinham consumido bebidas alcólicas antes da agressão.¹⁸ De fato, o consumo de álcool afeta diretamente as funções cognitivas e físicas do indivíduo, reduzindo o autocontrole e deixando-o com menor capacidade de negociação; ainda exacerba outros problemas existentes, criando tensões e conflitos conjugais, mas também reforça a ideia de que o álcool pode ser usado como justificativa para o comportamento violento.

Estudos indicam que o ambiente doméstico constitui o principal local de ocorrência da violência, podendo alcançar proporções como 70,1% (Paraná) e 89,3% (São Paulo).¹⁹ Desta forma, há uma perda considerável no entendimento de que os espaços privado e familiar sejam sinônimo de segurança às mulheres. Na maioria das vezes, o companheiro ou outro membro da família é o agressor dessas mulheres, inclusive há referência relativa à repetição da mesma.¹⁹ Nossos dados evidenciam a ocorrência no domicílio em 66,4% e o agressor como companheiro ou familiar em cerca de 40% dos casos.

Em 2013, pesquisa encomendada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres verificou que 54% dos entrevistados afirmaram conhecer, pelo menos, uma mulher agredida por seu parceiro e 56% conheciam, pelo menos, um homem que agrediu a sua.²⁰

Todavia, a violência contra a mulher engloba também as desvantagens sociais e econômicas sofridas por ela, há ainda a existência de leis discriminatórias com interpretação com vieses de gênero nos processos de violência propriamente dita, fazendo com que ela seja vítima potencial de risco, tanto dentro como fora de casa.²⁰

De fato, a violência contra a mulher expressa-se em tipos distintos, sendo a física mais facilmente identificada em parte pelas lesões corporais visíveis, como é o caso das regiões da cabeça, face e pescoço por sua vulnerabilidade. Geralmente, são provocadas por trauma, queimaduras e mordeduras, capazes de gerar lacerações dos tecidos moles e duros, hematomas, injúrias da cavidade oral (fraturas dentais, maxilar e mandibular), contusão nasal, dentre outras.

Outro aspecto relaciona-se aos episódios de violência no trabalho apontado como um dos problemas que mais afligem o Brasil na atualidade. A relação entre trabalho e violência concretiza-se pela infração dos princípios fundamentais e direitos do trabalho, que inclui situações de afronto à civilidade, ameaça de desemprego ou rebaixamento. A referida condição traz forte negatividade às mulheres, visto promover efeitos deletérios de sua condição de saúde e desfavorecer o próprio desenvolvimento pessoal.²¹ Em nosso estudo o registro desta ocorrência foi de 2,3% do total de casos.

Ao longo da vida, as mulheres são expostas e vivenciam diversos cenários de vitimização de violência, dentre os quais a violência sexual. É necessário salientar que tal violência não é composta somente por atos sexuais, como o estupro, perpetrados na maior parte das vezes de forma clandestina, sem testemunhas, mas, sobretudo, em situações de atentado ao pudor, assédio sexual, como o uso de sentenças de duplo sentido, pejorativas e obscenas e, ainda, exploração e tráfico sexual, ratificada pelo aproveitamento da condição de vulnerabilidade maior entre as jovens, como ocorre, em especial, na prostituição por turismo sexual nacional e internacional.²²

Os resultados deste estudo apresentam 898 casos de violência sexual (5,0%) do total de violências contra mulheres, merecendo menção que dos 700 casos de estupro, 400 casos receberam quimioprofilaxia para DST e HIV e 265 casos receberam contracepção de emergência. Esclarece-se que os atendimentos devem ser realizados em tempo oportuno, de acordo com os protocolos de profilaxia, demonstrando que as mulheres podem chegar aos serviços de saúde após o período para realização de tais procedimentos.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer multiplicidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes, exigindo atenção do profissional e, ainda, clareza, exatidão e detalhes nos registros por ele efetuados no prontuário. Além disso, quando houver traumatismo físico, deve-se considerar a necessidade de profilaxia para tétano.

A violência sexual traduz a desigualdade de gênero e, o profissional deve ser prudente

e responsável durante o atendimento prestado a essas mulheres, realizando o mesmo balizado na individualização, integralidade e valorizando o contexto específico ora posto àquela mulher. Salienta-se que não basta normatizar procedimentos, há de se encontrar estratégias que possam de certa maneira alinhar os conhecimentos existentes com ações preventivas, livres de julgamentos ou valores morais que quase sempre atrapalham no cuidado. Isto porque cada caso atendido requer a definição de fluxo assistencial específico, há de se traçar um plano terapêutico individual, de acordo com as necessidades requeridas em cada situação.

Afirma-se que a violência contra as mulheres tende a afetar a saúde de distintas formas, incluindo problemas como aspectos físicos (doença ginecológica, cardíaca e transmissíveis), reprodutivas (gravidez indesejada, aborto ou parto prematuro), cognitivos (atenção, concentração) e sociocomportamentais (depressão, isolamento social, abuso de álcool, tabaco e outras drogas, distúrbio alimentar e de sono) e, além destes, gerar consequências fatais, como homicídios e suicídios.²³ Ratifica-se que a violência extrapola a área da saúde, pois exerce forte influência nos serviços sociais e de bem-estar, bem como nos sistemas de economia, justiça e segurança em todas as esferas.¹²

CONCLUSÃO

Apesar de conhecermos que existe subnotificação e de que campos obrigatórios contidos nas fichas foram mal preenchidos ou negligenciados, observamos tendência de incremento de notificação ao longo nos anos de casos de violências contra a mulher.

Pode-se afirmar que a mulher sofreu todos os tipos de violência, contudo, a física e a psicológica foram as mais prevalentes seguida da sexual. Predominantemente, foi praticada dentro da própria residência, na zona urbana, por companheiros ou ex-companheiros. A suspeita da associação da ação de violência com o consumo de álcool (pelo agressor) representou 30,0% do total de violências notificadas. O comportamento violento repetitivo abarcou 41,4% dos casos, revelando o quanto a reincidência é realidade.

A importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação da violência tem se fortalecido nas últimas décadas. Notificar é um ato profissional que vai além da revelação de zelo ou respeito aos preceitos éticos e legais, revestindo-se de valor estratégico capaz de contribuir para o desencadeamento de ações de prevenção e proteção, fomentar ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada à violência, traduzindo-se, como instrumento de garantia de direitos e de proteção social às mulheres de todas as idades.

O conhecimento do perfil da violência contra a mulher constitui uma ferramenta de suma importância para além do planejamento, execução e avaliação de ações de cuidado de saúde às vítimas. Engloba a análise dos fatores determinantes do processo de saúde-doença, a atuação preventiva do referido agravo e o aumento da visibilidade de outros setores para além da saúde.

Ratifica-se neste artigo a relevância de medidas políticas de intervenção jurídica, social e de bem-estar, como ações de caráter interdisciplinar e intersetorial necessárias

para fornecer um atendimento qualificado, integralizado e humanizado e, ainda, compor e

fortalecer as redes de assistência à saúde, bem como, o fomento a favor da cultura da paz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
2. Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11(Supl):1163-78.
3. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health World Health Organization. Genebra; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA em Serviços Sentinela. Brasília/DF; 2006a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 22p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaNotificacaoViolenciasMS2017_NucleodaPaz.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4 GM/MS de 28 de setembro de 2017, anexo 1 do anexo V - Lista Nacional de Notificação Compulsória. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Publicada no Diário Oficial da União Seção 1 - número 120 de 26/06/2006. Brasília/DF, 2006b.
8. Moraes MA, Valencich DMO, Carnevalle CV, Shirassu MM, Monteiro Junior CC, Skazulka ET, et al. Violência Sexual: um problema de Saúde Pública. *Boletim Epidemiológico CVE*. 2012; 2(8):118-27.
9. Duarte MC, Fonseca RMGS, Souza V, Pena ED. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(2):325-32.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo Notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
11. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 dez. 10]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/areas-tematicas/violencia>.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (Trad.) [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 2013 dez 13]. Disponível em: <http://nevusp.org>

- org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf
13. Brasil. Senado Federal. Secretaria de Transparência. DataSenado. Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 dez. 12]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf.
 14. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. Intencionalidade de mulheres que decidem denunciar situação de violência. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4):423-9.
 15. Pires GE, Gomes EM, Duarte AD, Macedo AF. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. *Oral Sci.* 2012; 4(1):10-7.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Temático: prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
 17. La Flair LN, Bradshaw CP, Storr CL, et al. Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: a latent class analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73(3):351-60
 18. World Health Organization (WHO). Intimate partner violence and alcohol. [Internet] Genebra; 2006 [citado 2016 dez. 19]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimat
 19. Raimondo ML, Labronici LM, Larocca LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1):43-9.e.pdf.
 19. Raimondo ML, Labronici LM, Larocca LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1):43-9. Garcia LP, Silva GDM. Mortalidade de Mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas – 2011 a 2013.
 20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). . [Internet] Brasília; 2016 [citado 2016 dez 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6260/1/td_2179.pdf.
 21. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde Soc.* 2008; 17(4):22-34.
 22. Patricio JA. Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização. *Forum Sociológico*, 2014, série II, n.25. [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan. 03]. Available from: <http://sociologico.revues.org/902>.
-
-