

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER A PARTIR
DA VIGILÂNCIA REALIZADA POR SERVIÇOS SENTINELA
EM FORTALEZA, CEARÁ**

Renata Carneiro Ferreira

Fortaleza – CE
Abril - 2010

RENATA CARNEIRO FERREIRA

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER A PARTIR DA
VIGILÂNCIA REALIZADA POR SERVIÇOS SENTINELA EM FORTALEZA,
CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como
requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.(a) Dr(a). Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Fortaleza – CE
2010

RENATA CARNEIRO FERREIRA

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER A PARTIR DA
VIGILÂNCIA REALIZADA POR SERVIÇOS SENTINELA EM FORTALEZA,
CEARÁ**

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Acidentes e Violências

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Orientadora

Prof^a Dr^a Dafne Paiva Rodrigues - UECE
Membro Efetivo

Prof^a Dr^a Maria Alix Leite Araújo - UNIFOR
Membro Efetivo

Prof^a Dr^a Augediva Maria Jucá Pordeus - UNIFOR/SESA
Membro Suplente

Aprovada em: 27/04/2010

Este trabalho integra a produção científica do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – NEPAV** e contou com apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP**.

Dedicatória

Ao meu esposo Davi e aos meus filhos Marianna e Benjamin, pequenas e grandes razões afetivas de vida e de conquistas. A minha amiga e orientadora, Prof^a Dr^a Luiza Jane Eyre, por sua confiança e orientação em favor do meu processo acadêmico e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Desejar o Mestrado em Saúde Coletiva foi um sonho que resolvi abraçar e realizar, uma cobiça e anseio, cuja possibilidade de fazê-lo foi, por várias vezes, adiada. Construir, desenvolver e manter um “projeto de dissertação de mestrado” foi uma grande vitória em meio a tantos obstáculos e espinhos que encontrei pelo caminho, mas Deus permitiu que o tempo para concretizar este sonho chegasse, e, então, alegro-me em consolidar nas páginas que se seguem este sonho - *a minha dissertação*.

Em especial, agradeço a Deus por me fazer sensível e suave, mas ao mesmo tempo forte o bastante para conseguir lutar pelo que creio; por me fazer chorar e expressar-me com lágrimas de amor, sofrimento e orgulho ao “dar a luz”, praticamente ao mesmo tempo, os meus dois filhos: Benjamin e a *dissertação*. E principalmente por me ajudar a suportar as dificuldades, preocupações e o desespero nos momentos em que pensei que não tivesse mais força e coragem para continuar.

Esta dissertação contou com o apoio de pessoas especiais, familiares, grupo e instituições, para os quais tenho aqui a oportunidade e o prazer de manifestar minha gratidão e reconhecimento, pelas diferentes contribuições que me prestaram.

Primeira e especialmente, gostaria de enaltecer e agradecer a dedicação carinhosa da minha querida orientadora Prof^ª Dr^ª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, pela notada competência e ensinamentos a mim dispensados, sempre com extrema atenção e prontidão. Sempre com suas palavras de sabedoria e firmeza de convicções que incentivaram meu percurso no mestrado e na minha vida, sua paciência e delicadeza mantiveram-me no caminho.

Gostaria de exprimir profunda gratidão aos meus pais, José Maria e Rita, por me acolher sempre que preciso, por acreditaram em mim, estando ao meu lado, mantendo sempre portas abertas. Por suas orações e por me oportunizar financeiramente o Mestrado e compartilhar o seu apoio em minhas decisões. A minha mãe que por vezes cuidou da minha filha, para que eu pudesse assim me dedicar aos “assuntos” do Mestrado.

À direção e as técnicas do Centro de Referência e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Francisca Clotilde, pela abertura e cooperação na operacionalização da pesquisa, em especial à sua diretora, Dr^a Socorro Maciel, pela confiança depositada, como também pela cooperação importante no caminhar do projeto.

Aos núcleos epidemiológicos dos serviços de atenção secundária: Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNS), as enfermeiras responsáveis Gleides e Silvana, no reconhecimento da gravidade da violência contra a mulher, na implantação e gerenciamento de um serviço tão essencial e de referência nas áreas.

À Secretaria Municipal de Fortaleza, especificamente ao núcleo de vigilância epidemiológica, na pessoa da Dr^a Maria Vilma Neves de Lima, que viabilizou interlocuções e contribuições fundamentais e precisas para o aperfeiçoamento do projeto e da dissertação.

A Deborah, uma grande amiga que conquistei no Mestrado, sempre disposta a escutar minhas angústias, por me ajudar e encorajar nos momentos difíceis e por vezes me emprestar o seu ombro para desabafar. Por dividir nossas preocupações e seus conhecimentos nos momentos finais de elaboração deste trabalho.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências - NEPAV, do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, pelo aperfeiçoamento e aprofundamento do conhecimento e por tanta cumplicidade, sorrisos e lágrimas. Eu amo vocês.

E, por fim, gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma compartilharam comigo a elaboração deste trabalho. Sem uma coordenação tão disponível – Prof^a Dr^a Raimunda da Silva Magalhães, todo o *staff* docente e assessorias fundamentais, transpor os obstáculos teriam sido quase impossíveis. A todos vocês, meu agradecimento sincero.

RESUMO

A violência dirigida contra mulheres - em todo ciclo vital - na família, nas relações de fórum público e privado alcançou notoriedade e desperta o interesse da sociedade mundial desde o século passado. Desde então, os órgãos governamentais e os não-governamentais buscam formas para seu enfrentamento. O estudo (i) analisou a violência contra a mulher a partir das Fichas Notificadas em serviços sentinela, em Fortaleza – CE, no período de 2006 a 2008; (ii) descreveu o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais; (iii) relatou o perfil social e o comportamento do agressor; (iv) investigar a associação entre as características sociodemográficas das mulheres, comportamento do agressor, da ocorrência da agressão, com a tipologia da violência e (v) investigou as ações intersetoriais realizadas com essas mulheres nos serviços sentinela investigados. Estudo de corte transversal, realizado em três serviços sentinela de vigilância em violência contra a mulher, referência em violência doméstica e sexual da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará. A população do estudo foi representada pelas mulheres que sofreram violência com idade igual ou maior de 12 anos. Foram coletadas 939 fichas de notificação de violência contra a mulher. Os dados foram organizados, codificados e submetidos à análise estatística descritiva e ao teste quiquadrado de Pearson (χ^2) com valor de $p \leq 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, parecer nº 123/2009. Das 939 fichas analisadas, a violência psicológica incidiu em 84,7% casos, seguida da física (74,8%), negligência ou abandono (18,2%), sexual (13,3%), financeira (4,0%) e tortura (2,7%). O número de mulheres com ocorrência de violência aumenta na idade entre 25 e 39 anos. Ser casada mostrou associação para sofrer violência física ($p=0,036$) e tortura ($p=0,042$). O domicílio se mostrou como fator de risco para a violência física ($p<0,043$), psicológica ($p<0,001$) e sexual ($p<0,001$). O consumo de bebida alcoólica pelo agressor destacou-se em todos os tipos de violência, e a praticada pelo parceiro íntimo foi associada à violência física ($p<0,001$), psicológica ($p<0,001$), sexual ($p<0,001$) e negligência ($p=0,010$). Entre os encaminhamentos realizados pelos profissionais, houve significância estatística para violência física quando as mulheres foram encaminhadas à Casa de Abrigo ($p=0,021$); à DEAM ($p=0,024$); ao IML ($p=0,005$) e para o atendimento psicológico do próprio serviço ($p=0,004$). Portanto, o estudo mostrou que as mulheres sofrem altas taxas de violência por parceiro íntimo e o ambiente domiciliar é o espaço onde a maioria dessas ocorrências eclode. As violências sofridas por essas mulheres que procuraram atendimento não são incidentes únicos, aparentam ser contínuos e reincidentes, e contribuem para comprometer a saúde e a qualidade de vida da mulher cearense.

Palavras-chave: Notificação; Violência contra a mulher; Violência doméstica.

ABSTRACT

The violence driven against women - in every vital cycle - in the family, in the relationships of public and private forum it reached fame and it wakes up the interest of the world society since last century. Ever since, the government organs and the no-government ones look for forms for yours to face. The study (i) it analyzed the violence against the woman starting from the Records Notified in services sentry, in Fortaleza - CE, in the period from 2006 to 2008; (ii) it described the women's social and demographic profile in sexual situation of violence, maidservant and/or other violence among people; (iii) he/she told the social profile and the aggressor's behavior; (iv) to investigate the association among the characteristics social and demographic of the women, the aggressor's behavior, of the occurrence of the aggression, with the typology of the violence and (v) it investigated the actions among sectorial accomplished with those women in the services sentry investigated. I study of traverse cut, accomplished in three services surveillance sentry in violence against the woman, reference in domestic and sexual violence of the Municipal General office of Health of Fortaleza, Ceará. The population of the study was represented by the women that suffered violence with age same or larger of 12 years. 939 records of violence notification were collected against the woman. Were the data organized, done codify and done submit to the descriptive statistical analysis and the test Pearson Chi-Square (χ^2) with value of $p \geq 0,05$. The research was approved by the Committee of Ethics and Research of the University of Fortaleza, to seem no. 123/2009. Of the 939 analyzed records, the psychological violence happened in 84,7% cases, following by the physics (74,8%), negligence or abandonment (18,2%), sexual (13,3%), financial (4,0%) and torture (2,7%). The number of women with violence occurrence increases in the age between 25 and 39 years. To be married showed association to suffer physical violence ($p=0,036$) and torture ($p=0,042$). The home was shown as risk factor for the physical violence ($p<0,043$), psychological ($p<0,001$) and sexual ($p<0,001$). The consumption of alcoholic drink for the aggressor stood out in all of the violence types, and practiced her/it by the intimate partner was associated to the physical violence ($p<0,001$), psychological ($p<0,001$), sexual ($p<0,001$) and negligence ($p=0,010$). Among the directions accomplished by the professionals, there was significant statistics for physical violence when the women were directed to the house of shelter ($p=0,021$); to the woman's specialized police station ($p=0,024$); to legal medical institute ($p=0,005$) and for the psychological service of the own service ($p=0,004$). Therefore, the study showed that the women suffer high violence taxes for intimate partner and the home atmosphere is the space where most of those occurrences emerges. The suffered violence for those women that sought service are not incident only, they pretend to be continuous and recurrent, and they contribute to commit the health and the quality of the woman's from life.

Key words: Notification; Violence against the woman; Domestic violence.

LISTA DE TABELAS

1. Tabela 1. Dados sociodemográficos, envolvidos na relação sexual, estar gestante e possuir deficiência de mulheres em situação de violência, notificadas em serviços sentinela. Fortaleza, Ceará. 2006/2008. (N = 939)*.....	37
2. Tabela 2. Ocorrência e tipologia da violência praticada contra mulheres. Fortaleza, Ceará, 2006/2008. (N = 939)*.....	39
3. Tabela 3. Violência sexual praticada contra mulheres, notificadas em serviços sentinela. Fortaleza, Ceará. 200/2008. (N = 125).....	40
4. Tabela 4. Dados do provável autor da violência praticada contra mulheres em idade maior que 12 anos, no período de 2006/2008 em Fortaleza, Ceará.....	41
5. Tabela 5. Características sociodemográficas associadas a violência física, psicológica e sexual contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.....	42
6. Tabela 5.1. Continuação da tabela 5. Características sociodemográficas associadas a negligência, violência financeira e tortura contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.....	43
7. Tabela 6. Características da agressão e o comportamento do agressor associadas a violência física, psicológica e sexual contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.....	45
8. Tabela 6.1. Continuação da tabela 6. Características da agressão e o comportamento do agressor associadas a negligência, violência financeira e tortura contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.....	46
9. Tabela 7. Características dos encaminhamentos em relação à ocorrência de violência contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.....	48

LISTA DE SIGLAS

DEAM – Delegacia Especializada da Mulher
DST – Doença Sexualmente Transmissível
FUNCAP – Fundação Cearense de Desenvolvimento ao Apoio Científico e Tecnológico
IML – Instituto Médico Legal
LSHTM – London School of Hygiene and Tropical Medicine
MDGs – Metas de Desenvolvimento do Milênio
MS – Ministério da Saúde
MSC – Mestrado em Saúde Coletiva
NEPAV – Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violências
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PATH – Program for Appropriate Technology in Health
PLANOVI – Plano Nacional de Atenção e a Prevenção da Violência Intrafamiliar
SMS – Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza)
SPM/PR – Secretaria Especial para as Mulheres /Presidência da República
SPSS – Statistical Package Social Science
SUS – Sistema Único de Saúde
UNIFOR – Universidade de Fortaleza
VIVA – Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa do estudo	16
2. OBJETIVOS	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Magnitude do problema da violência contra a mulher	18
3.2 Avanços no enfrentamento da violência contra a mulher	21
3.3 Serviço sentinela e a vigilância da violência contra a mulher	27
4. METODOLOGIA	31
4.1 Abordagem e tipo do estudo	31
4.2 Local da pesquisa	31
4.3 População	33
4.4 Coleta de dados	33
4.5 Análise dos dados	34
4.6 Ética na pesquisa	35
5. RESULTADOS.....	36
5.1 Características sociodemográficas e dados complementares.....	36
5.2 Tipo de agressão, dados do agressor, evolução e encaminhamento.....	38
5.3 Fatores associados à violência contra a mulher.....	41
6. DISCUSSÃO	50
CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	69
ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública. Em sua definição, associam-se conteúdos ligados à intencionalidade com a prática do ato propriamente dito - “uso intencional de força física ou poder”; ao seu alvo, a quem ou que grupo esta força/ poder se dirige - “contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade”; e sobre os tipos de sofrimento/dano que resultariam ou poderiam resultar diante desta ação - “que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002).

Esta atinge vários grupos populacionais suscetíveis e traz consigo consequências graves para a saúde humana. Minayo (1994, 2006a, 2007) relata que o fenômeno na totalidade da saúde e da doença deve ser compreendido em uma perspectiva contextualizada e histórica; quer seja, nas categorias de gênero, de classe, de etnia ou de idade. A autora considera estas quatro categorias como as mais relevantes para diferenciações da questão social e suas implicações com a violência.

A violência mostra-se como um acontecimento histórico, tem estreita relação com as condições sociais e econômicas da sociedade civil (MINAYO, 2006b) e desafia os governos mundiais no sentido de prevenção e enfrentamento. Esse desafio se amplia na medida em que as estatísticas disparam, sobretudo, entre grupos vulneráveis da sociedade: crianças, adolescentes e jovens, idosos e as mulheres.

Dentre esses grupos, o estudo prioriza as mulheres. A violência contra a mulher despertou o interesse mundial no século passado, desde então, os órgãos governamentais e os não-governamentais buscam formas para seu enfrentamento. As delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo, os programas não-governamentais, os centros de referência para atendimento à mulher em situação de violência, dentre outros (Schraiber et al. 2002; Porto et al., 2003; CDC, 2004; Brasil, 2005b; Elseberg, 2006) foram criados.

A violência dirigida contra mulheres - em todo ciclo vital - na família, nas relações de fórum público e privado alcançou notoriedade. A OMS, a priori, a enquadra na tipologia violência interpessoal e a classifica, segundo a natureza do ato, em: física, psicológica, sexual, envolvendo privação ou negligência, de acordo com o vínculo ou relação estabelecida entre perpetrador e a mulher vítima da violência (KRUG et al., 2002) .

A violência engloba muitos tipos de comportamentos nocivos que deixam as mulheres marcadas pela discriminação. As diferenças de gêneros mantêm-se como pretextos para estabelecer relações hierárquicas, nessas últimas décadas. Esta relação de dominação dos homens e subordinação das mulheres repete-se entre e dentro das classes sociais, nos grupos étnicos e perpetuam-se entre as gerações (GIFFIN, 1994; MACMILLAN, 2006; LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Até o início dos anos 1980, foi encarada no Brasil como um aspecto da violência privada, individual, invisível que não alcançou o status de fenômeno social. A partir dessa década, com a presença do movimento feminista na luta em defesa dos direitos da mulher na família e na sociedade, a violência agrega-se à área da saúde, sobretudo após a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena, em 1993. Este evento reafirmou os direitos humanos das mulheres como inalienáveis, integrais e indissociáveis dos direitos Humanos Universais (UNITED NATIONS, 1993).

A luta e a perseverança do movimento feminista em prol da visibilidade da violência contra a mulher também garantiram a inclusão deste tema nas discussões e recomendações de diferentes conferências mundiais (United Nations, 1993; United Nations, 1995) e nos compromissos de tratados, protocolos e convenções internacionais (CEDAW, 1979).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, na Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (1993), adotou as recomendações da Declaração para Eliminação da Violência Contra as Mulheres e introduziu a primeira definição desse tipo de violência, como todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em agravo ou sofrimento físico, psicológico ou sexual da mulher, incluindo a ameaça de tais ações a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, no âmbito público e privado (UNITED NATIONS, 1993).

Na década de 1950, a violência contra a mulher foi referida de várias maneiras. Até a metade do século XX, como violência intrafamiliar; vinte anos depois, passa a ser designada como violência contra a mulher; nos anos 1980 é denominada como violência doméstica. Na década de 1990, os estudos assumem que as relações de “poder” em que a mulher é subordinada e subjugada caracterizam a violência de gênero, como mencionado em documento que orienta a formação de redes (BRASIL, 2006c).

A polissemia e complexidade do termo apontam, muitas vezes, para uma terminologia que aceita ambiguidade. Desse modo, não há um consenso sobre a maneira mais apropriada de se definir e fazer referência aos diversos tipos de violência física, psicológica e sexual que

as mulheres (SILVA, 2003; ELLSBERG, 2006; EYO, 2006; MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; SCHRAIBER et al., 2007a) estão expostas em seu cotidiano.

Ao se estudar a violência contra as mulheres, tende-se a compreender o fenômeno como uma associação entre os principais fatores de riscos à sua ocorrência e a relação entre os ferimentos causados para caracterizar os tipos mais incidentes. Contudo é preciso que a sociedade compreenda que na ótica das questões de gênero não se considere a violência como um fenômeno unicausal (BASILE; HERTZ; BACK, 2007).

A violência contra a mulher não se torna um elemento único. Caracteriza-se como um fenômeno observável por diferentes ângulos que não depende apenas do indivíduo e das relações de poder, mas da diversidade de fenômenos que engloba a maneira como cada população se comporta, especificando, dessa forma, a variedade de fatos sociais, econômicos e culturais que a envolve.

A expressão “mulher vítima de violência” vem sendo substituída por “mulheres em situação de violência” (SANTOS, IZUMINO, s.d). “Mulheres em situação de violência” é a terminologia utilizada no texto da “Norma Técnica para Prevenção e Tratamento resultante da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005c). É também adotada no texto da Lei Maria da Penha, que estabelece novas diretrizes para o enfrentamento da violência doméstica (BRASIL, 2006d).

O estudo opta pelo termo violência contra a mulher, concordando com a terminologia “mulheres em situação de violência”, por entender que a mulher enfrenta e sobrevive a situações de violências quer seja de gênero, doméstica ou conjugal. Estas também acontecem fora das relações conjugais e a mulher é agredida, simplesmente, pelo fato de ser mulher e pertencer a uma sociedade conservadora que compactua com o paradigma de que o homem tem e exerce poder sobre ela, tornando-a sua propriedade.

Entre as acepções do que seja a violência contra a mulher, por delimitações teóricas e metodológicas, o estudo norteia-se pelo entendimento de que é aquela praticada por qualquer indivíduo, nos espaços em que possa ocorrer, englobando a sua complexidade. Aborda-se qualquer tipo de violência, percebida ou vivida pela mulher, praticada por outrem, considerando características demográficas, condições familiares e sociais dos sujeitos.

1.1 Justificativa do Estudo

O interesse em ter como objeto de estudo a violência contra a mulher começou quando fui convidada a participar de pesquisa sobre acidentes e violências, desde a graduação em enfermagem, no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violências (NEPAV).

Atualmente, o NEPAV, vinculado ao Mestrado em Saúde Coletiva (MSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), estabeleceu como missão o estudo e pesquisa sobre concepções teóricas e metodológicas que permeiam o acidente e a violência e contribuem com o conhecimento nesta área e na delimitação de estratégias para a prevenção e enfrentamento do problema.

Dentre os projetos desenvolvidos pelo núcleo, o intitulado “Fatores de Risco para Situações de Acidentes em Crianças e Violência Contra a Mulher no Contexto Familiar”, que descreveu os fatores de risco existentes no contexto familiar para situações de acidentes em crianças e violência contra a mulher, identificados em famílias moradoras na Comunidade do Dendê, em Fortaleza, Ceará, em 2005/2007, financiado pela Fundação Cearense de Desenvolvimento ao Apoio Científico e Tecnológico (FUNCAP), motivou-nos a continuar aprofundando investigações sobre o tema.

Nesta pesquisa, foi-nos possível refletir sobre a necessidade dos profissionais de saúde planejar, em sua prática, um cuidado diferenciado, priorizando a escuta, ampliando a compreensão da diversidade e complexidade da violência que a mulher enfrenta, pois essa demanda necessita de atendimento interdisciplinar. A pesquisa nos trouxe a indagação de como poderíamos colaborar com essa problemática nos serviços da rede municipal de saúde, tendo em vista que o estudo anterior foi restrito a uma comunidade.

Perante a esta necessidade de conhecimento, enfocamos neste estudo um olhar que integra a análise da violência contra a mulher no serviço sentinela de vigilância em Fortaleza. Dessa forma, contribui-se para identificar a dimensão da violência e o perfil sociodemográfico da mulher em situação de violência, na intenção de oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais no seu enfrentamento. Contudo, esta pesquisa está comprometida com a resposta do serviço em aperfeiçoar ações em favor da população atendida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a violência contra a mulher a partir das Fichas Notificadas em serviços sentinela, em Fortaleza – CE, no período de 2006 a 2008.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais.
- Relatar o perfil social e o comportamento do agressor em relação à violência.
- Investigar a associação entre as características sociodemográficas das mulheres, comportamento do agressor, da ocorrência da agressão, com a tipologia da violência.
- Investigar as ações intersetoriais realizadas com essas mulheres nos serviços sentinela investigados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Magnitude do problema da violência contra a mulher

Diante deste fenômeno multifacetado e complexo, dados estatísticos revelam a magnitude do problema em todo o mundo. Na Europa, a violência contra a mulher é relativamente alta e existe confirmação legal contra os agressores; cerca de 20% do total de mulheres são vítimas da violência, sendo mais frequente no lar. Em 1996, o Encontro da Comissão Global sobre Saúde da Mulher relatou que os casos de agressão são mais danosos para a mulher em países industrializados do que os acidentes de trânsito (MURPHY, 1997).

Na Federação da Rússia, em 1993, 14.500 mulheres foram assassinadas pelos seus maridos e outras 56.000 ficaram inválidas ou seriamente graves. Na Noruega, 25,0% das pacientes ginecológicas foram abusadas sexualmente pelos seus parceiros. Na Dinamarca, em torno de 25,0% das mulheres divorciadas manchadas pela violência têm motivos para romper seu casamento (MURPHY, 1997). Em Londres, uma em cada cinco mulheres já sofreu algum tipo de violência durante sua vida, em alguns casos, esta violência ocasiona sérios danos à saúde física e mental ou induz à morte (WHO, 2005).

Dados da Organização Mundial de Saúde, publicados em 2005, revelaram que uma em cada seis mulheres no mundo sofreu violência doméstica. Ainda segundo a pesquisa, até 60% dos casos envolvendo violência física foram cometidos por maridos ou companheiros (KRUG et al., 2002; OMS, 2005 apud BRASIL, 2007; SCHRAIBER et al., 2007a, 2007b).

A violência contra mulheres é um problema de saúde pública significativo nos Estados Unidos. De acordo com dados do sistema de justiça criminal, hospitalar e registros médicos, registro da saúde mental, serviços sociais e pesquisas, milhares de mulheres são feridas ou mortas, a cada ano, como resultado da violência. Muitos desses casos são cometidos por alguém que elas são envolvidas ou eram envolvidas intimamente. Quase um terço das vítimas femininas de homicídio foi morta por algum parceiro íntimo (FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION, 2001 apud NATIONAL, 2003).

Depoimentos sobre uma gama de abusos contra as pessoas oriundos de uma comunidade local e de líderes religiosos nas cidades de An Najaf, An Nasyriyah e Al Amarah, localizadas no Sul do Iraque, suscitaram a realização de uma pesquisa envolvendo 1.991 adultos jovens (aproximadamente 38 anos), entre homens e mulheres, em seus domicílios. Os participantes relataram que um ou mais dos abusos citados (tortura, matanças,

desaparecimento, forçar, bater, atirar, ferir, sequestros, amputação de orelha, entre outros) 70% foram realizados no lar. Concordaram que o homem tem o direito de bater na esposa se ela desobedecer, 54% das mulheres e 50% dos homens; 53% dos respondentes informaram que havia razões para restringir oportunidades educacionais para mulheres e 50% que havia razão para restringir oportunidades de trabalho, nos dias atuais (AMOWITZ et al., 2004).

No Brasil, foram visitados 299 domicílios na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata, em Pernambuco, com a participação de 2.645 mulheres de 15 a 49 anos. Em São Paulo, das 940 mulheres entrevistadas, 436 (46,4%) relataram violência por parceiro íntimo ao menos uma vez na vida; na Zona da Mata (PE), das 1.188 mulheres entrevistadas, 644 (54,2%) afirmaram ter sofrido violência por seu parceiro (SCHRAIBER et al., 2007b).

Na região sudeste do país, especificamente na grande São Paulo, nos municípios de São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes e Diadema, foram selecionados 19 serviços de saúde e entrevistadas 3.193 mulheres de 15 a 49 anos, usuárias dos serviços. Das entrevistadas, 76,0% relataram ter sofrido algum tipo de violência na vida: psicológica (68,9%); física (49,6%); física e/ou sexual (54,8%) e sexual (26%). A pesquisa ainda indicou que entre essas mulheres, apenas 39,1% consideraram realmente uma violência (SCHRAIBER et al., 2007a). Este dado é preocupante na medida em que essas mulheres não têm sequer a consciência e percepção do que seja a violência.

Nos serviços de emergência, o percentual de episódios de violência torna-se bem mais elevado. Incluindo todos os casos de violência atendidos em dois hospitais públicos (RJ), os resultados apontaram que 62,2% (hospital 1) e 64,4% (hospital 2) foram relacionados a mulheres vítimas de violência intrafamiliar (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Em Salvador-BA, em estudo com 701 mulheres, 322 (46%) afirmaram que já sofreram violência intrafamiliar alguma vez na vida (SILVA, 2003).

Na região Sul, em Porto Alegre (RS), entrevistas realizadas com 238 mulheres usuárias de um serviço básico de saúde identificaram relatos positivos para violências: psicológica (55%), física (38%) e sexual (8%) (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

No Nordeste, em Fortaleza (CE), estudos também evidenciaram esta problemática entre as mulheres que continuam sendo vítimas de algum tipo de violência, na maioria, de seus parceiros íntimos. Romper a barreira do silêncio e enfrentar esta violência ainda se dá de forma tímida, apesar de “amparadas” pela legislação vigente e políticas públicas (VIEIRA et al., 2009; PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009).

Podemos evidenciar que a violência contra as mulheres muitas vezes leva a morte. No Ceará, a mídia noticiou que no ano de 2008, 83 mulheres foram assassinadas no Estado, numa média de sete mulheres mortas a cada mês, vítimas de crimes passionais. Os homicidas são esposos, companheiros ou homens que se diziam apaixonados pelas vítimas, mas não eram correspondidos (MAIS..., 2008).

A literatura retrata aumento significativo da violência contra a mulher entre as populações. No Brasil, os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, como maridos, companheiros e parentes próximos (SCHRAIBER et al., 2002, SILVA, 2003, LOPES et al., 2004, BRASIL, 2005a, SCHRAIBER et al., 2007b, GARCIA et al., 2008). Pesquisas ainda destacam sobreposição das violências física, sexual e psicológica, e indicam efeito drástico e progressivo à saúde da mulher (SCHRAIBER et al., 2002; 2007a; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2005) tem salientado que as violências físicas e sexuais contra a mulher são eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. De acordo com Lopes et al. (2004), estas agressões podem comprometer sua vida pessoal, profissional e afetiva, resultando em sequelas físicas e psicológicas.

Diante da violência contra mulheres e o lugar que a mesma ocupa numa rede de violência estrutural, não se pode deixar de enfatizar como esta vem sendo abordada e discutida com grande atenção dos governantes em todo território nacional. Esta discussão diz respeito à formulação e à reformulação de políticas públicas, principalmente na priorização de medidas de prevenção, a fim de minimizar o fenômeno - no sentido mais amplo - na sociedade que de forma destrutiva tem desencadeado medo, insegurança, inquietações e temores das mulheres, refletindo em grandes prejuízos para a sua saúde e de sua família.

A criação de planos e políticas nacionais para combater a violência contra as mulheres é uma realização importante, pois induz ao espaço político a um diálogo mais largo entre a sociedade civil e o Estado e, ao mesmo tempo, compromete os governos a uma fala pública contra a violência, mas, infelizmente, mesmo com tal atitude, na maioria dos países em desenvolvimento, a transição da elaboração dos planos até a colocação deles em prática parece ser problemática.

No Canadá, houve um grande avanço e o governo federal convocou a nação para

trabalhar em parceria no combate à violência familiar. Um dos temas-chave da iniciativa — uma abordagem multidisciplinar para o problema da violência familiar — reflete-se na seleção e no desenvolvimento de projetos. Atividades financiadas por sete departamentos federais e agências envolvidos na iniciativa enfatizam a parceria com profissionais, voluntários, setores governamentais e não-governamentais (SCOTT, 1994).

A Organização Mundial de Saúde, em 2005, elaborou um documento para realçar as conexões entre as Metas de Desenvolvimento de Milênio (MDGs) e a prevenção de violência contra mulheres, mostrando que estratégias adequadas para se alcançar essas metas também reduzirão a violência contra mulheres; e, prevenindo esta violência, caminha-se para o alcance dessas MDGs (WHO, 2005).

3.2 Avanços no enfrentamento da violência contra a mulher

A literatura sobre a violência contra a mulher aponta que só recentemente, e apenas em alguns países, a violência doméstica passou a ser considerada e reconhecida como um problema social que merece ser enfrentado e combatido (LARSEN, 1997; DEARWATER et al., 1998; SAGOT; CARCEDO; GUIDO, 2000; BRASIL, 2001; ELLSEBERG; ARCAS, 2001; NATIONAL, 2003; BRASIL, 2006c).

Esse reconhecimento deve-se particularmente pela atuação dos movimentos e organizações feministas e de mulheres no âmbito nacional e internacional na luta a favor das mulheres em situação de violência. Esses movimentos trouxeram mudanças e conquistas políticas e legais na área jurídica e no campo da saúde, para que o problema se tornasse público, a fim de viabilizar medidas governamentais e organizacionais para a sua minimização.

A luta do movimento feminista desencadeou diversas convenções, leis e políticas. Na esfera internacional, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) foi aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1979, entrou em vigor em 1981 (PIMENTEL, 2008) e foi ratificada pelo governo brasileiro em 1984. Com a promulgação constitucional, conforme o parágrafo 2º do artigo 5º, tornou-se lei, fundamentando a obrigação dos Estados de assegurar a igualdade entre homens e mulheres e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher (BRASIL, 1988).

A CEDAW deve ser tomada como parâmetro mínimo das ações governamentais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão as suas violações, tanto no âmbito público como no âmbito privado. A literatura reforça que esta é a Carta Magna dos

direitos das mulheres e simboliza o resultado de inúmeros avanços normativos e políticos construídos, em um grande esforço global de edificação de uma ordem internacional de respeito à dignidade de todo e qualquer ser humano (PIMENTEL, 2008).

Os debates e decisões oriundos das Conferências Internacionais das Nações Unidas subsidiaram as Declarações e Programas de Ações em Viena no ano de 1993 (United Nations, 1993); na cidade de Beijing, em 1995, (United Nations, 1995) entre outros. Na Declaração de Viena e Programa de Ação em 1993, destaca-se a preocupação com as diversas formas de discriminação e violência às quais as mulheres continuam expostas em todo o mundo. No seu artigo nº 38, ressalta a importância de se comprometer em eliminar todas as formas de violência contra as mulheres na vida pública e privada, em todas as formas de assédio sexual, exploração e tráfico de mulheres, de eliminar também quaisquer preconceitos sexuais na administração da justiça e erradicar conflitos que possam surgir entre os direitos da mulher e as consequências nocivas de determinadas práticas tradicionais ou costumeiras, do preconceito cultural e do extremismo religioso (UNITED NATIONS, 1993).

A Organização Pan-Americana de Saúde, em 1993, no documento da 9ª Assembléia da OMS, reitera a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública, publicando o estudo intitulado A violência contra as mulheres e as meninas: análises e propostas dentro da perspectiva da saúde pública (OPAS, 1993).

Em 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, subscrito na Convenção de Belém do Pará, foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro em 1995, e com isso passamos a contar, portanto, com referências legais específicas sobre o tema. A Convenção define este tipo de violência e recomenda aos governos das Américas a adoção de medidas para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. E marcou um momento particularmente decisivo para os países da América Latina, convocando-os a fazer reformas políticas e jurídicas com o propósito de se aproximar da violência contra as mulheres (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1996).

Ao adotar a definição de violência contra a mulher prevista na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher da Organização das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1993), a Convenção de Belém do Pará reitera que a violência física, sexual e/ou psicológica contra a mulher é uma violação aos direitos humanos; incorpora a categoria gênero como fundamento da violência contra a mulher; ainda estabelece um código de direitos a fim de que seja assegurada a ela uma vida livre de violência, na esfera pública e

privada; amplia o conceito de violência doméstica e familiar e enumera os deveres que devem ser assumidos pelos Estados-parte (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1996).

Também ficaram explícitos na lei brasileira os espaços e as relações privilegiadas em que esta violência pode ocorrer, conforme preceitua o artigo 2º da Convenção: a violência contra a mulher inclui a física, sexual e psicológica, que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou tenha convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual; que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, estupro, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, nas instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1996).

Pandjarian (2006), ao fazer o balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil, relata que a Convenção de Belém do Pará significou para o Brasil um instrumento jurídico poderoso no combate à violência contra as mulheres, a qual foi utilizada com mérito pelas organizações da sociedade civil, no que se refere à denúncia sobre a violência doméstica contra as mulheres no país.

A partir de então, houve uma avaliação do projeto da OPAS, em 2001, com a participação de comissões nacionais dos sete países da América Central, com o propósito de melhorar a coordenação e assistir o progresso na elaboração de planos e políticas nacionais sobre a violência. A maioria destas comissões é dirigida por instituições nacionais guiadas à promoção dos direitos das mulheres e incluem representantes dos ministérios de justiça, educação e bem-estar infantil, como também organizações não-governamentais (ONG) de mulheres que lutam pelo combate à violência. Inicialmente, o setor da saúde não participou das comissões; porém, atualmente são representadas pelos países da América Central, exceto Guatemala (VELZEBOER et al., 2003).

Uma das primeiras metas de cada uma das comissões era chegar a um acordo básico entre os setores para coordenar as atividades nacionais de prevenção da violência. Na Costa Rica, foi implantado o Plano Nacional de Atenção e a Prevenção da Violência Intrafamiliar (PLANOVI) em 1994. Belize, Guatemala e Nicarágua também elaboraram planos nacionais, mas eles não têm sido postos em prática. Em Honduras e Panamá eles estão formulando

planos no momento nacional para a prevenção da violência (VELZEBOER et al., 2003).

No Brasil, houve grandes mudanças na política e na legislação que findaram em comprometer juridicamente o tema da violência contra a mulher, tornando-o explícito. O problema da violência contra a mulher começa a se delinear como social e de saúde no Brasil no final dos anos 1970, evidenciada ao surgimento do feminismo no país (LANGE, 2004).

Segundo o modelo feminista, a violência que afeta a mulher é, necessariamente, violência de gênero, isto significa uma violência masculina que se exerce contra as mulheres pela necessidade de controlá-las e de exercer sobre elas o seu poder. Trata-se de um padrão de comportamento aprendido e, de várias formas, endossado pela sociedade. Não é de forma alguma patologia individual, mas uma licença social (DINIZ, 2006).

Podemos comprovar a violência de gênero na sociedade quando Arendt (1985) destaca que nem a violência nem o poder são manifestações de um processo natural, pois pertencem ao setor das atividades humanas cuja qualidade por essência é garantida ao homem pela capacidade de agir e a habilidade de iniciar algo novo.

A partir da década de 1970, as lutas do movimento feminista se ampliaram. No início dos anos 1980, houve denúncia de espancamento e de maus tratos conjugais, impulsionando a criação dos serviços de atendimento a mulheres “vítimas de violência”, como os grupos “SOS Mulher” e as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher. Simultaneamente, surgem os grupos de saúde da mulher que viriam a constituir um movimento nacional e resultaria na proposição do PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (LANGE, 2004).

Em nota histórica, sobre a violência contra a mulher como questão de saúde pública, escrita por Diniz (2006), ressalta que no Rio de Janeiro, em 1997, foi realizado o 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde, quando é aprovada a Declaração do Glória, que inclui entre as suas recomendações que: a violência de gênero deve ser reconhecida como uma questão de saúde pública com efeitos negativos sobre a saúde física e mental e o bem-estar das mulheres. É urgente que se façam pesquisas para identificar e avaliar os impactos negativos da violência de gênero na saúde das mulheres. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados e capacitados quanto ao diagnóstico da violência doméstica nos sistemas de saúde pública. Devem ser criados mecanismos legais de garantia de direitos humanos, em nível nacional e internacional, visando prevenir e erradicar a violência de gênero.

Vendo a necessidade de orientar os profissionais da saúde com as situações de violência que chegavam aos serviços, em 2001, saiu a primeira publicação do Ministério da Saúde a

respeito da Violência no campo da saúde pública: Edição do Caderno de Atenção Básica – Violência Intrafamiliar – Orientações para Prática em Serviço, no qual pretende apoiar os Estados e os municípios na implementação de ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos (BRASIL, 2001).

Com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da presidência da República (SPM/PR), em 2003, com status do Ministério da Saúde, pode-se dizer que houve avanços nos sentidos de adoção de Políticas para as mulheres que inaugurou um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens e no enfrentamento de todas as formas de violência acometida, a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral do fenômeno (BRASIL, 2005b).

Como resultado das demandas da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, com a participação de aproximadamente 120 mil mulheres de todo o país, elaborou-se o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Este reconhece as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e o papel fundamental do Estado no seu enfrentamento, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais (Brasil, 2005b), no sentido de efetivar ações voltadas para a melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras.

Em 2004, o Ministério da Saúde, visando à prevenção da violência contra a mulher, estruturou a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936, de 18/05/2004), visando à implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004b).

Posteriormente com a aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, em 2005, foram contempladas as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas.

Essas conquistas nacionais também contam com o apoio do poder legislativo brasileiro no tocante à aprovação de leis que reconhecem as situações de violência contra a mulher: a Lei nº 10.778/03 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher atendida em serviço de saúde, público ou privado; a Lei n.º 10.886/04 (BRASIL, 2004a), que tipifica a violência doméstica no Código

Penal Brasileiro e traz a definição jurídica do que é o crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor. Cabe mencionar que estes documentos referidos já tinham caráter de lei e, ainda assim, o agressor não era punido.

Mas, um importante marco na história e de grande repercussão no país foi a Lei 11.340/06 – a Lei Maria da Penha, sancionada em agosto de 2006 pelo Presidente da República. Esta Lei refere-se à punição ao agressor tanto na tipificação dos crimes de violência contra a mulher, quanto nos procedimentos judiciais e da autoridade policial. Ela caracteriza a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Alterou o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê inéditas medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos (BRASIL, 2006d).

Com o lançamento do Pacto Nacional para o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, consolida-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que incorpora ações destinadas à prevenção, à assistência e à garantia dos direitos da mulher em diferentes campos. O conceito central desta Política é a integração dos serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça, de forma a permitir às mulheres romperem com o ciclo da violência (BRASIL, 2007).

E em 2008, foi publicado o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Em suas grandes linhas valida os princípios, pressupostos, as diretrizes e prioridades apontadas pela I CNPM, realizada em 2004. A II Conferência, porém, ampliou o escopo do Plano Nacional, introduzindo novos eixos estratégicos e propondo o detalhamento de eixos já existentes, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade, ou de qualificar os procedimentos e os meios para a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2008a).

No Brasil, a violência contra a mulher tornou-se cada vez mais visível como problema de saúde pública, depois das mudanças na esfera do poder legislativo, no final do século XX, devido ao comprometimento dos governantes com o problema, quando relacionado à magnitude do problema; o aumento da criação de serviços para o atendimento à mulher em situação de violência; a rapidez dos serviços em oferecer respostas no setor saúde à vítima e nas pesquisas de campo. Então, este século ficou marcado pela luta das mulheres reivindicando igualdade nos mais variados campos da vida, do social ao político.

3.3 Serviços sentinela e a vigilância da violência contra a mulher

Diversas organizações no Brasil têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de maneira que possa identificar e apoiar bem como encaminhar às vítimas. Estas medidas seriam os resultados do entendimento de que a violência contra a mulher representa uma violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, em uma importante causa de sofrimento e um fator de risco para diversos problemas de saúde de cunho físico e psicológico (SILVA, 2003).

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais grave. Porém os sistemas de saúde nem sempre vem oferecendo uma resposta satisfatória para o problema, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade. Esta situação decorre da invisibilidade em alguns setores que ainda se limitam a cuidar dos sintomas das doenças e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema (SCHRAIBER et al., 2002).

Sabendo disto, em 2006, o Ministério da Saúde lançou uma nota técnica, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Análise de Situação em Saúde, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, implantando em nível nacional o Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), sob coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas do governo, com a participação da população (BRASIL, 2006a).

Logo após a nota técnica, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde divulgaram, em outubro de 2006, a apresentação da proposta de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas – VIVA, nos serviços de saúde, na qual a vigilância da violência tem como características: a organização em redes de fontes de informação motivadas; concentração de esforços para estudos de problemas específicos; a valorização da qualidade e oportunidade das ações e o sistema sentinela não está centrado na obtenção do universo dos casos (BRASIL, 2006b).

Esses serviços notificantes que tem como função primordial a notificação/investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/outras Violências; e Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência, passam a ser denominados Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes, participantes da rede de fontes de informação (BRASIL, 2006a).

O serviço sentinela é um serviço que tem referência em atendimentos de urgência/emergência; é referência para atenção às pessoas em risco ou situação de violências sexual, doméstica e outras violências interpessoais e autoprovocadas; tem uma unidade minimamente estruturada e dotada de equipe mínima necessária; tem um núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar e uma articulação com a rede de atenção e proteção social (BRASIL, 2006a; GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

O MS em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incorpora a notificação de violências, na rotina dos serviços de saúde, através do VIVA, visando complementar o sistema de informações existentes para a notificação de violências e acidentes. E tem como propósitos: caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais; caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares selecionados; validar a ficha de notificação/investigação de violência sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais e a ficha de notificação de acidentes e violência em unidades de urgência e emergência; testar a operacionalização do sistema e utilizar a informação na definição de políticas públicas (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

O propósito do estabelecimento da vigilância de violências e acidentes em hospitais e serviços de referência de violências sentinela é possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas, a alta prevalência e impacto na saúde das pessoas (GAWRYSZEWSKI et al., 2007). O sistema tem como objetivo geral: caracterizar o perfil epidemiológico dos acidentes e violências em serviços sentinelas. E específicos: conhecer o perfil das vítimas de acidentes e violências atendidas em unidades públicas de urgência e emergência; conhecer o perfil das vítimas de violência atendidas em serviços sentinela para violência; conhecer o perfil dos agressores e conhecer os tipos de violências e acidentes (BRASIL, 2006a).

Quanto ao processo de implantação das ações de Vigilância de Violências e Acidentes, dadas às características e especificidades de cada componente do sistema, foi realizado através da utilização de duas fichas de notificação: (1) Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (interpessoais ou autoprovocadas); (2) Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência.

Sabendo que a operacionalização do primeiro e segundo propósitos é distinta, neste estudo consideramos a vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais contra a mulher, no qual considera como ato normativo a notificação de

violências contra mulheres: a Lei nº 10.778 de 2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 2003).

Nos serviços sentinela para as violências foi utilizada a Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais (BRASIL, 2008b), elaborada pelo Ministério da Saúde e discutida amplamente com outras instâncias do Governo Federal, Secretarias Municipais e Estaduais, que visa atender às leis e portarias acerca da notificação obrigatória da violência contra a mulher, criança e adolescente e idoso (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Como base legal do sistema de notificação, em junho de 2003, o decreto nº 5.099 regulamentou a Lei nº 10.778/03, instituindo os serviços de referência sentinela aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher e estabelecendo que cabia ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos referidos serviços. E a portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, do Ministério da Saúde, que instituiu a Ficha de Notificação/ Investigação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais (BRASIL, 2006b).

Os dados sobre violência, utilizados nas pesquisas brasileiras, em sua maioria, são coletados nos arquivos dos serviços, ou seja, são dados secundários produzidos por aquelas instituições nas quais as mulheres buscam ajuda. Destacam-se as Delegacias da Mulher, os Centros de Referência, os abrigos e serviços de saúde, além das informações provenientes do Judiciário (DINIZ, 2006).

Esses dados percorrem um fluxo mínimo determinado para se alcançar os objetivos da vigilância sentinela. A coleta dos dados e o fluxo de informação do sistema de vigilância na Rede de Serviço Sentinela, com a orientação do Ministério da Saúde, nos serviços de referência às populações em situação de violência, são norteados por um princípio geral compartilhado pelos sistemas de vigilância para qualquer doença: a informação deve chegar a quem dela necessite (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

O serviço sentinela preenche duas vias da ficha: uma é guardada no serviço e a outra é encaminhada para a vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, que realiza a digitação e a análise dos dados no aplicativo VIVA. Posteriormente, o banco de dados e o relatório da análise produzida devem ser encaminhados para a Secretaria Estadual de Saúde, que repassa as informações para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Apesar da facilidade de operacionalização do sistema, os dados coletados em serviços têm várias limitações: em termos da informação em saúde, não há uma busca ativa de violência pelos serviços – a não ser excepcionalmente; não há uma padronização de registro quando há perguntas sobre violência; e mesmo quando a violência é referida, nem sempre é registrada (DINIZ, 2006). Um estudo realizado por Schraiber et al. (2003) mostrou que o reconhecimento e registro “espontâneo” da violência é extremamente baixo.

Pode-se supor que a mulher ainda se encontra subjugada a várias dimensões e papéis que desempenha, ou seja, a dependência financeira, a dependência emocional, a maternidade e a presença de filhos, ameaças e retaliações e as questões culturais, apesar do avanço e inserção no mercado de trabalho (DINIZ, 2006; DEEKE, 2009; D’OLIVEIRA et al., 2009a).

E podemos perceber em pesquisas realizadas no Brasil (Deslandes, 2000; Schraiber et al., 2002; Silva, 2003; Kronbauer; Meneghel, 2005; Moraes; Reichenheim, 2003; Schraiber et al., 2007a, 2007b) que a demanda de mulheres em situação de violência que procuram os serviços especializados, atendimento realizado pela rede de saúde, muitas vezes em função da gravidade do caso, consiste em prestar assistência imediata e o mais eficaz possível, no sentido de tratar sintomas e lesões e fazer prevenção de danos que a prática da violência pode acarretar, tais como: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, etc.

Para além das queixas físicas, as mulheres muitas vezes também demandam uma escuta diferenciada, que lhes permita uma compreensão mais ampla das experiências vivenciadas por elas em relação às violências sofridas. Em geral, percebendo essa necessidade, a equipe médica ou de enfermagem as encaminha para o atendimento psicológico. A lógica desses encaminhamentos indica que as consequências diretas ou indiretas que a violência pode trazer à saúde da mulher são reduzidas à categoria de doença. Pelo fato de precisar repetir os mesmos relatos que evocam dor e as fazem reviver sofrimentos profundos ou pelo desapontamento causado pelos múltiplos encaminhamentos que comprometem vínculos anteriormente estabelecidos, muitas mulheres não recorrem ao serviço de psicologia disponível na rede (SILVEIRA, 2006).

Deste modo, os serviços de referência na rede de saúde pública, não obstante as suas importâncias no sentido de prestar um atendimento qualificado e eficaz, podem favorecer o exercício de práticas especializadas que, muitas vezes, incidem sobre um corpo vitimizado, prestando-se à aplicação de um modelo que tem como centralidade a categoria da doença ao invés da produção da saúde (DINIZ, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e Tipo de Estudo

O estudo delinea um inquérito transversal (epidemiológico) com base em dados secundários (retrospectivo). O inquérito transversal é o estudo de uma população em um único ponto no tempo e determina a prevalência de fatores de risco e a frequência dos casos prevalentes de algum agravo ou doença para uma população definida. Tem como utilidade a medição da situação de saúde vigente e planeja alguns serviços de saúde, incluindo o estabelecimento de prioridades para o controle de doenças (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em três serviços sentinela de vigilância em violência contra a mulher, referência em violência doméstica e sexual da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará (SMS-Fortaleza), a saber: Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNS) e Centro de Referência e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Francisca Clotilde.

De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em Fortaleza, existem sete serviços vinculados ao sistema sentinela de vigilância de acidentes e violências aos grupos vulneráveis (criança, adolescente, mulher e idoso) (GAWRYSZEWSKI et al., 2007). No que se refere à violência contra a mulher, o sistema municipal de saúde de Fortaleza tem sob sua responsabilidade direta três hospitais e um centro de saúde referência no atendimento à mulher em situação de violência e, de acordo com as características de cada serviço, o atendimento é diversificado (FORTALEZA, 2008).

Os serviços são alocados nas seguintes instituições: Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNS) e Centro de Referência e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Francisca Clotilde (FORTALEZA, 2008). À exceção da última instituição, todos estão enquadrados como atenção secundária na rede do Sistema Único de Saúde.

O Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana, além de se firmar como referência no atendimento às mulheres em situação de violência, oferece serviços de obstetrícia de média complexidade, clínica geral e pediatria no pronto atendimento. Entre os serviços, destacam-se atendimento de urgência em ginecologia e obstetrícia, clínica médica (feminina), neonatologia e pediatria, além de consultas ambulatoriais e cirurgias eletivas em ginecologia, obstetrícia e

mastologia. A unidade realiza ainda exames laboratoriais simples e especializados como raios X, mamografia e ultrassonografias. Destaca-se o Programa “Parto que te quero perto”, experiência piloto, que deverá ser ampliada para as outras maternidades da rede municipal. Este programa envolve projetos para prestar atendimento às gestantes e às crianças acompanhadas na unidade, seguindo as diretrizes do Humaniza SUS, política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde.

O Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter oferece atendimento nas áreas de obstetrícia, pediatria e clínica geral. Além dos serviços de emergência, que funcionam 24 horas, o hospital disponibiliza ainda procedimentos nas seguintes áreas: ginecologia, mastologia, puericultura, nefrologia pediátrica, endocrinologia pediátrica, cardiologia, geriatria, pequenas cirurgias, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, ultrassonografia, planejamento familiar e vacinação (FORTALEZA, 2008).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNS) funciona 24 horas, oferecendo atendimento de emergência nas áreas de clínica médica, pediatria e obstetrícia. O atendimento assemelha-se o que é preconizado para o atendimento pela classificação de risco, operacionalizado por enfermeiro e auxiliares, encaminhando os casos de maior gravidade ao médico plantonista. Apesar do esforço, o hospital ainda enfrenta problemas graves, como a carência de funcionários – principalmente médicos. O número de equipes ainda é insuficiente para atender a demanda (FORTALEZA, 2008).

O Centro de Referência e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Francisca Clotilde, desde sua criação, em 2006, contabilizou mais de três mil atendimentos. Os profissionais referiram que este serviço acolhe de forma integral e humanizada mulheres em situações de violência, seja ela física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral. Com uma equipe interdisciplinar, formada por psicólogo, assistente social, socióloga, pedagogas e profissionais de outras áreas, esforçam-se por cumprir a importância de se trabalhar em rede diante da ocorrência desses casos.

O atendimento destes serviços - exceção do Centro de Referência Francisca Clotilde – segue um protocolo. Quando a mulher adentra o serviço e refere que foi acometida por algum tipo de violência, segue para o atendimento prioritário. No caso de violência física (doméstica), a mulher é encaminhada para o clínico geral; caso refira violência sexual, é direcionada para o ginecologista. Após essas consultas, essas mulheres são encaminhadas para o Serviço Social e para o setor de atendimento psicológico. No setor de psicologia, são

agendados os encontros subsequentes para acompanhar o desenrolar da ocorrência.

4.3 População

A população do estudo foi representada pelas mulheres em situação de violência, a partir das Fichas de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências de mulheres/adolescentes com idade igual ou maior de 12 anos, que procuraram atendimento espontaneamente ou foram encaminhadas por outros serviços do município para os serviços sentinela.

No Centro de Referência e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Francisca Clotilde foram realizados 1.062 atendimentos a mulheres em situação de violência, destes, foram notificados 884 casos. Dessas notificações foram excluídas 15 fichas, pois não atendiam os critérios de inclusão, resultando em 868 fichas analisadas.

No Hospital Gonzaga Mota de Messejana foi realizado 128 atendimentos a mulheres em situação de violência, com notificação de 56 casos. Foram excluídas 05 fichas por registro incompleto da tipologia da violência, portanto tivemos 51 fichas analisadas. No Hospital Nossa Senhora da Conceição não foi informado o número de atendimentos a mulheres em situação de violência. Foram notificados 20 casos que participaram da pesquisa, sem exclusão de fichas.

Salienta-se que por motivos operacionais o Hospital Gonzaga Mota - José Walter não foi incluído neste estudo. Apesar de Fortaleza dispor de quatro serviços sentinela, este estudo analisou três serviços, correspondendo a 75% dessa demanda.

Os dados da notificação são de caráter compulsório para alimentar o Sistema de Informação de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme determinado na Lei nº 10.778 de 2003. Nos três serviços investigados, no período de três anos, tinham 939 fichas.

4.4 Coleta de Dados

A coleta foi efetuada com os dados disponíveis na ficha de 2006 e algumas variáveis foram ajustadas de acordo com a ficha de 2008 (Anexo 1), a partir das informações complementares, para permitir análise e cumprir o rigor metodológico. Portanto, a coleta de dados incluiu fichas datadas de 2006 a 2008.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: fichas notificadas com o agravo/doença de violência doméstica, sexual e ou outras violências em mulheres/adolescentes com idade

igual ou maior a 12 anos, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor, no Brasil em 1990.

Excluíram-se: (1) as fichas notificadas sem o preenchimento do tipo de violência e meio de agressão (dados complementares, item 51 e/ou 52 referente à tipologia da doença foi marcado algum subitem com 1 – sim); (2) as notificadas por telefone, sem contato com a mulher; (3) a ficha onde o local de agressão não foi o município de Fortaleza; (4) quando agressão foi com criança menor que 12 anos e (5) que constava como sexo masculino.

As variáveis do estudo foram descritas de acordo com as categorias padronizadas na ficha de notificação compulsória para violência contra a mulher (Anexo 01) (Brasil, 2008b): (i) dados gerais da notificação; (ii) notificação individual da mulher atendida; (iii) dados da pessoa atendida; (iv) dados da ocorrência da violência; (v) tipologia da violência; (vi) violência sexual; (vii) consequências da violência; (viii) lesão; (ix) dados do provável autor da agressão e (x) evolução e encaminhamento.

O estudo adotou o conceito de adolescente (12 a 18 anos), tendo por referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e como violências - física, psicológica/moral, tortura, sexual e financeira de acordo com as variáveis mencionadas na ficha de notificação (BRASIL, 2008b). Também foram incluídos os dados registrados nas observações adicionais que foram relevantes, sendo categorizados para análise.

Os itens 8 (nome), 15 (cartão SUS) e 16 (Filiação materna) da categoria notificação individual não foram coletados; os itens 17 (município de residência) ao 30 (país) da categoria dados da residência, e os itens 36 (município de ocorrência) ao 47 (hora da ocorrência) da categoria dados da ocorrência não foram coletados durante a pesquisa de campo, firmados no respeito ao anonimato dos dados, atendendo aos preceitos éticos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram organizados, codificados e inseridos no programa Statistical Package Social Sciences – SPSS, versão 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA), para confecção e validação do banco de dados e tratamento estatístico. Utilizou-se a análise descritiva para a observação dos dados compreendendo a sua descrição e análise. Para as variáveis categóricas, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela partição do qui-quadrado (χ^2) para a análise das diferenças. Foi admitido o nível de significância de 5%.

4.6 Ética da Pesquisa

Por se tratar de um estudo epidemiológico, no qual as informações foram coletadas em dados secundários após o fato ocorrido, sem ter contato direto com a mulher em situação de violência, não necessitou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

A Educação Permanente juntamente com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará, assinou o Termo de Autorização e o Termo de Fiel Depositário (apêndice 02 e 03) para a obtenção de autorização na utilização dos dados contidos na Ficha de Notificação/investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais ou Autoprovocadas, arquivados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica das instituições participantes do estudo.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR da Universidade de Fortaleza, com parecer n. 123/2009.

Antes do início das atividades de pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Distrito de Saúde da regional VI, sendo autorizada a entrada no campo pela pesquisadora. Os resultados deste estudo serão devolvidos aos participantes/serviços por meio da apresentação, depois de defesa pública da dissertação prevista para abril de 2010. Para esta etapa, serão convidados os dirigentes dos serviços e órgão afins. Os resultados ainda serão compartilhados com a comunidade acadêmica e sociedade mediante apresentação em eventos científicos e publicações em periódicos.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os registros das 939 fichas de notificação compulsória, de mulheres em situação de violência que procuraram os serviços sentinela de Fortaleza, entre 2006 e 2008. Para apresentação desses resultados foram identificadas as variáveis sociodemográficas e dados complementares, dados da ocorrência e do provável autor da agressão, a tipologia da violência, a evolução e encaminhamento dos casos (Anexo 1).

5.1 Características sociodemográficas e dados complementares

Quanto ao estado civil, 598 (68,1%) eram casadas, 234 (26,7%) solteiras; das 939 fichas notificadas, 926 (99%) possibilitaram a análise da variável idade, prevalecendo a faixa etária de 25 a 39 anos (51,9%), seguido das mulheres entre 40 e 59 anos (22,6%). Em relação à escolaridade, 554 (60,4%) tinham entre um a nove anos de estudo, 284 (31,0%) de 10 a 13 anos e 40 (4,4%) estudaram 14 anos ou mais (Tabela 1).

Em relação à raça, 510 (54,3%) mulheres se definiram detentoras da cor parda, 275 (29,3%) branca, 104 (11,1%) preta. Ao se reportar à situação empregatícia, o número de mulheres empregadas alcançou 482 (51,3%) e domésticas 337 (35,9%). Ao se identificar os tipos de parceiros envolvidos na relação sexual, entre as 939 fichas, em 619 (65,9%) estavam preenchidas sobre este tópico. Destas, 586 (94,7%) afirmaram relacionar-se apenas com homens, 30 (4,8%) somente com mulheres e 03 (0,5%) com homens e mulheres (Tabela 1).

Entre a amostra (N=939), o estudo detectou que 53 (5,6%) eram gestantes e 68 (7,2%) mulheres eram portadoras de algum tipo de deficiência; entre os tipos de deficiência, a mental 18 (28,0%) e a física 17 (25,0%) foram as mais relatadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, envolvidos na relação sexual, estar gestante e possuir deficiência de mulheres em situação de violência, notificadas em serviços sentinela. Fortaleza, Ceará. 2006/2008. (N = 939)*

Variável	n	%
Estado Civil (n=878)		
Solteira	234	26,7
Casada	598	68,1
Separada	14	1,6
Viúva	32	3,6
Faixa etária em anos (n=926)		
12-18	53	5,7
19-24	161	17,4
25-39	481	51,9
40-59	209	22,6
> 60	22	2,4
Escolaridade em anos (n=917)		
0 ano	39	4,2
1-9 anos	554	60,4
10-13 anos	284	31,0
14 ou mais	40	4,4
Raça ou cor (n=916)		
Parda	510	55,7
Branca	275	30,0
Preta	104	11,4
Indígena	16	1,7
Amarela	11	1,2
Situação empregatícia (n=939)		
Empregada**	482	51,3
Doméstica***	337	35,9
Desempregada	57	6,1
Estudante	63	6,7
Envolvidos na relação sexual (n=619)		
Só com homens	586	94,7
Só com mulheres	30	4,8
Com ambos	03	0,5
Gestante (n=939)		
Sim	53	5,6
Não	886	94,4
Deficiente (n=939)		
Sim	68	7,2
Não	871	92,8
Tipo de deficiência (n=68)		
Mental	19	28,0
Física	17	25,0
Visual	09	13,2
Auditiva	03	4,4
Física e mental	03	4,4
Outros	17	25,0

* O número absoluto das fichas não corresponde às variáveis analisadas (ausência de informação).

** Empregada no mercado formal e/ou informal. *** Designa as mulheres que relataram ser empregada doméstica, do lar ou dona de casa.

5.2 Tipo de agressão, dados do agressor, evolução e encaminhamento

Segundo os dados da ocorrência, 796 (87,8%) aconteceram no âmbito domiciliar, 55 (6,1%) em via pública e 20 (2,2%) em instituições privadas. Outros locais (motel, construções civis, terreno baldio, cinemas...) registraram 36 (3,9%). Em 799 (88,6%) dos casos houve co-ocorrência (Tabela 2).

Quanto à tipologia da violência, a psicológica incidiu com 795 (84,7%) casos, seguida da física (74,8%), negligência ou abandono (18,2%), sexual (13,3%), financeira (4,0%) e tortura (2,7%). A força corporal, como meio de agressão, esteve presente em 674 (71,8%) dos casos, seguida de ameaça (18,8%), objeto pérfuro-cortante (11, 8%) e outros (10,6%). Adverte-se que foi encontrada mais de uma tipologia de violência e de agressão registrada por ficha. (Tabela 2).

Sobre as lesões oriundas das agressões, os dados analisados evidenciaram que apenas em 356 (38,0%) das fichas continha essa informação. Destas (356), 234 (65,7%) negaram lesão corporal, 34 (9,6%) sofreram contusões e 34 (9,6%) lesões cortantes, perfurantes e laceradas. Em 54 (15,2%) fichas foram registrados múltiplos traumas (entorse/luxação, hematomas, fraturas, traumatismos crânio-encefálico, dentários, intoxicação e queimadura).

Tabela 2 - Ocorrência e tipologia da violência praticada contra mulheres. Fortaleza, Ceará, 2006/2008. (N = 939)*

Variável	n	%
Local (n=907)		
Residência	796	87,8
Via pública	55	6,1
Instituição	20	2,2
Outros ⁽¹⁾	36	3,9
Ocorreu mais de uma vez (n=902)		
Sim	799	88,6
Não	103	11,4
Tipos de violência (n=1856)**		
Física	702	74,8**
Psicológica	795	84,7
Negligência ou abandono	171	18,2
Sexual	125	13,3
Tortura	25	2,7
Financeira	38	4,0
Meio de agressão (n=1267)**		
Força corporal	674	71,8**
Ameaça	177	18,8
Objeto perfuro-cortante	111	11,8
Objeto contundente	98	10,4
Enforcamento	62	6,6
Arma de fogo	35	3,7
Objeto quente	09	1,0
Envenenamento	01	0,1
Outros ⁽²⁾	100	10,6

* O número absoluto das fichas não corresponde às variáveis analisadas. ** Mais de uma tipologia de violência e agressão por ficha. ⁽¹⁾ Outros (motel, construções civis, terreno baldio, cinema, etc.). ⁽²⁾ Outros (abandono, cárcere privado, agressão verbal, danos morais, destruição de coisas na casa, etc).

Quanto à violência sexual, 66 (53,6%) foram estupradas, 24 (19,5%) sofreram assédio sexual e 23 (18,7%) vítimas de atentado violento ao pudor. Dessas mulheres (125), em 77 (75,5%) fichas houve penetração peniana; dessas, 70 (71,4%) foi via vaginal, 06 (6,2%) oral e 22 (22,4%) anal. Referente aos procedimentos (ações preventivas) realizados após a violência sexual, em 30 (24,0%) casos os profissionais do serviço fizeram a profilaxia de DST e HIV, em 20 (16,0%) de Hepatite B, em 21 (16,8%) coletaram sangue, 18 (14,4%) contracepção de emergência, 14 (11,2%) coleta de secreção vaginal e 09 (7,2%) coleta de sêmen. Ao somar a profilaxia de DST e HIV, registra-se um percentual de 48,0% (Tabela 3).

Tabela 3 - Violência sexual praticada contra mulheres, notificadas em serviços sentinela. Fortaleza, Ceará. 200/2008. (N = 125)

Variável	n	%
Tipo de violência sexual (n=123)		
Estupro	66	53,6
Assédio sexual	24	19,5
Atentado violento ao pudor	23	18,7
Exploração sexual	07	5,7
Outros	03	2,5
Ocorreu penetração (n=102)		
Sim	77	75,5
Não	25	24,5
Tipo de penetração (n=98)		
Vaginal	70	71,4
Anal	22	22,4
Oral	06	6,2
Procedimentos realizados (n=142)*		
Profilaxia DST	30	24,0
Profilaxia HIV	30	24,0
Coleta de sangue	21	16,8
Profilaxia Hepatite B	20	16,0
Contracepção de emergência	18	14,4
Coleta de secreção vaginal	14	11,2
Coleta de sêmen	09	7,2

*Mais de uma profilaxia por ficha notificada e cálculo % tomando por base o número total de casos de violência sexual notificados.

Sobre os dados do provável autor da agressão, em 819 (88,5%) casos notificados contou com apenas uma pessoa envolvida, em 106 (11,5%) duas ou mais pessoas participaram da agressão. Referente ao vínculo do agressor com a mulher, 655 (71,8%) foram os parceiros íntimos, 130 (14,3%) foram os ex-parceiros e 32 (3,5%) foram pessoas desconhecidas. O sexo masculino foi o autor em 882 (96,5%) casos e em 517 (64,3%) casos houve a suspeita de consumo de álcool (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados do provável autor da violência praticada contra mulheres notificadas em serviços sentinela. Fortaleza, Ceará. 2006 a 2008. (N=939)

Variável	n	%
Número de envolvidos (n=925)		
Um	819	88,5
Dois ou mais	106	11,5
Tipo de vínculo (n=913)		
Parceiro íntimo ⁽¹⁾	655	71,8
Ex-parceiro íntimo ⁽²⁾	130	14,3
Amigos/conhecidos	47	5,1
Familiar	45	4,9
Institucional	04	0,4
Desconhecidos	32	3,5
Sexo (n=914)		
Masculino	882	96,5
Feminino	25	2,7
Ambos os sexos	07	0,8
Suspeita de uso de álcool (n=804)		
Sim	517	64,3
Não	287	35,7

(1) Cônjuge/companheiro/namorado. ⁽²⁾ Ex-cônjuge/ex-companheiro/ex-namorado.

Diante desses casos (939/100%), os profissionais dos serviços sentinela realizaram os seguintes encaminhamentos: conselho tutelar 26 (2,8%); vara da infância e da juventude 06 (0,6%); casa de abrigo 35 (3,7%); programa sentinela 02 (0,2%); Delegacia Especializada da Mulher – DEAM 326 (34,7%); Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente 43 (4,6%); outras delegacias 31 (3,3%); ministério público 316 (33,7%); o centro de referência da mulher 47 (5,0%); o centro de referência da assistência Social 39 (4,2%); para o IML 66 (7,0%); defensoria pública 86 (9,2%); CAPS 36 (3,8%); para acompanhamento jurídico de outros serviços 89 (9,5%); para hospitais ou serviços de saúde 22 (2,3%); para o Programa Habitafor 12 (1,3%) e para o serviço psicológico do Centro de Referência para violência contra a mulher 68 (7,2%).

5.3 Fatores associados à violência contra a mulher

Ao analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas (estado civil, faixa etária, escolaridade e raça) com o tipo de violência sofrida, identificou-se que, exceto a raça, as demais variáveis apresentaram alguma significância ($p \leq 0,05$) com algum tipo de violência.

Ser casada mostrou associação para sofrer violência física ($p=0,036$) e tortura ($p=0,042$); no entanto para sofrer violência sexual, os dados mostraram semelhança entre as mulheres casadas (63/54,3%) e solteiras (50/43,1%), com significância ($p < 0,001$). A idade também mostrou forte associação com a violência física ($p=0,001$), psicológica ($p < 0,001$) e

sexual ($p < 0,001$). O número de mulheres com a ocorrência de violência aumenta na idade entre 25 e 39 anos (Tabela 5).

Em relação à escolaridade, quanto menor o número de anos estudados, maior a incidência entre os tipos de violência notificados. Nessa relação foi estatisticamente significativa para a negligência e violência financeira ($p = 0,043$) e ($p = 0,004$), respectivamente. (Tabela 5.1).

Tabela 5 - Características sociodemográficas associadas a violência física, psicológica e sexual contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Variável / Tipo de violência	Física (n=702)			Psicológica (n=795)			Sexual (n=125)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Estado Civil			0,036			0,236			<0,001
Solteira	160	24,4		190	25,4		50	43,1	
Casada	462	70,3		516	69,1		63	54,3	
Separada	26	4,0		29	3,9		02	1,7	
Viúva	09	1,4		12	1,6		01	0,9	
Faixa etária (anos)			0,001			<0,001			<0,001
12-18	30	4,3		26	3,3		27	22,1	
19-24	124	18,0		135	17,3		19	15,6	
25-39	378	54,8		413	52,8		54	44,3	
40-59	144	20,9		189	24,2		20	16,4	
> 60	14	2,0		19	2,4		02	1,6	
Escolaridade (anos)			0,295			0,445			0,400
00	33	4,8		34	4,4		07	5,9	
1-9	417	61,1		471	60,5		83	70,3	
10-13	203	29,8		236	30,3		25	21,2	
14 ou mais	29	4,3		37	4,8		03	2,5	
Raça ou cor			0,496			0,480			0,823
Branca	197	28,8		240	30,8		36	30,3	
Preta	81	11,8		88	11,3		16	13,4	
Amarela	07	1,0		10	1,3		02	1,7	
Parda	387	56,5		425	54,6		64	53,8	
Indígena	13	1,9		15	1,9		01	0,8	

* Valor do teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5.1 – Continuação da tabela 5. Características sociodemográficas associadas a negligência, violência financeira e tortura contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Variável / Tipo de violência	Negligência (n=171)			Financeira (n=38)			Tortura (n=25)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Estado Civil			0,423			0,020			0,042
Solteira	38	24,1		04	11,4		05	22,7	
Casada	111	70,3		26	74,3		14	63,6	
Separada	08	5,1		04	11,4		01	4,5	
Viúva	01	0,6		01	2,9		02	9,1	
Faixa etária (anos)			0,216			0,125			0,273
12-18	04	2,4		-	-		01	4,2	
19-24	34	20,4		07	18,9		06	25,0	
25-39	83	49,7		15	40,5		10	41,7	
40-59	42	25,1		14	37,8		05	20,8	
> 60	04	2,4		01	2,7		02	8,3	
Escolaridade (anos)			0,043			0,004			0,110
00	13	7,9		01	2,7		01	4,3	
1-9	103	62,4		19	51,4		18	78,3	
10-13	43	26,1		11	29,7		02	8,7	
14 ou mais	06	3,6		06	16,2		02	8,7	
Raça ou cor			0,109			0,543			0,854
Branca	50	29,9		10	27,8		08	32,0	
Preta	16	9,6		02	5,6		04	16,0	
Amarela	02	1,2		-	-		-	-	
Parda	92	55,1		24	66,7		13	52,0	
Indígena	07	4,2		-	-		-	-	

* Valor do teste qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 6 mostra a associação das características da agressão e do agressor com os tipos de violência. Sobre o local da agressão, a residência foi onde ocorreu um maior índice dos tipos de violência: 694 (90,1%) para violência psicológica, 608 (89,4%) para violência física, 155 (93,4%) para negligência, 85 (72,0%) para violência sexual, 32 (91,4%) para violência financeira e 21 (84,0%) para tortura. Neste estudo, o domicílio se mostrou como fator de risco para a violência física ($p < 0,043$), psicológica ($p < 0,001$) e sexual ($p < 0,001$) (Tabela 6 e Tabela 6.1).

Quanto à recorrência dos episódios de violência, todas as tipologias registraram elevados índices: psicológica (703/91,8%), física (615/91,1%), negligência (150/90,4%), sexual (78/65,0%), financeira (37/97,4%) e tortura (20/83,3%). A recorrência da violência foi estatisticamente significativa, quando associadas com a violência física ($p < 0,001$), psicológica ($p < 0,001$) e sexual ($p < 0,001$) (Tabela 6 e Tabela 6.1).

Quanto aos meios de agressão, o uso da força física foi significativa para a ocorrência de

violência física ($p<0,001$). A ameaça também se mostrou associada com a violência física ($p<0,001$) e com a negligência ($p<0,001$). O agressor munir-se de objeto pérfuro-cortante teve associação com a violência física ($p<0,001$), psicológica ($p=0,049$), sexual ($p=0,014$) e tortura ($p=0,011$). Quando o agressor utilizou objeto contundente, este foi associado à violência física ($p<0,001$) e sexual ($p=0,048$). Portar arma de fogo nesses episódios evidenciou uma relação estatística somente para violência sexual ($p<0,001$) (Tabela 6 e Tabela 6.1).

No que diz respeito a utilizar-se de algum objeto quente na agressão, relacionou-se a violência sexual ($p=0,006$) e tortura ($p<0,001$) e o enforcamento foi significativo para violência física ($p<0,001$), sexual ($p=0,003$) e tortura ($p<0,001$). Outros meios de agressão (abandono, cárcere privado, agressão verbal, danos morais, destruição de utensílios domésticos, etc) também foi associado para violência física ($p<0,001$) e sexual ($p=0,004$). (Tabela 6 e Tabela 6.1).

Referente aos dados do provável autor da agressão, o sexo masculino, uma pessoa envolvida na agressão, o consumo de bebida alcoólica e os parceiros íntimos destacaram-se em todos os tipos de violência. A variável sexo foi estatisticamente significativa em relação à negligência ($p=0,025$), e quanto ao vínculo foi associado à violência física ($p<0,001$), psicológica ($p<0,001$), sexual ($p<0,001$) e negligência ($p=0,010$) (Tabela 6 e Tabela 6.1).

Tabela 6 – Características da agressão e o comportamento do agressor associadas a violência física, psicológica e sexual contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Variável / Tipo de violência	Física (n= 702)			Psicológica (n=795)			Sexual (n=125)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Local da agressão			0,043			<0,001			<0,001
Residência	608	89,4		694	90,1		85	72,0	
Via Pública	37	5,4		38	4,9		11	9,3	
Instituição	14	2,1		17	2,2		02	1,7	
Outro**				21	2,7		20	16,9	
Mais de 1 vez			<0,001			<0,001			<0,001
Sim	615	91,1		703	91,8		78	65,0	
Não	60	8,9		63	8,2		42	35,0	
Meio da agressão									
Força corporal	630	89,7	<0,001	577	72,6	0,201	97	77,6	0,072
Ameaça	100	14,2	<0,001	151	19,0	0,791	22	17,6	0,701
Obj. P.C.	102	14,5	<0,001	101	12,7	0,049	23	18,4	0,014
Obj. Contudente	93	13,7	<0,001	86	10,8	0,370	19	15,2	0,048
Enforcamento	61	8,7	<0,001	55	6,9	0,360	16	12,8	0,003
Arma de fogo	28	4,0	0,467	27	3,4	0,208	14	11,2	<0,001
Objeto quente	08	1,1	0,327	08	1,0	0,724	04	3,2	0,006
Outros	34	4,8	<0,001	90	11,3	0,117	05	4,0	0,004
Nº de envolvidos			0,878		0,938	0,938			0,310
Um	616	88,6		693	88,5		112	90,3	
Dois ou mais	79	11,4		90	11,5		12	9,7	
Sexo do agressor			0,245			0,334			0,215
Masculino	664	97,1		749	96,1		121	99,2	
Feminino	16	2,3		23	3,0		01	0,8	
Ambos os sexos	04	0,6		07	0,9		-	-	
Uso de álcool			0,001			0,035			0,363
Sim	411	67,6		451	65,6		69	66,3	
Não	197	32,4		236	34,4		35	33,7	
Vínculo			<0,001			<0,001			<0,001
Parceiro Íntimo	513	74,9		569	73,3		68	54,8	
Ex-parceiro	98	14,3		118	15,2		08	6,5	
AC	26	3,8		38	4,9		11	8,9	
PF	32	4,7		35	4,5		08	6,5	
PRI	03	0,4		03	0,4		-	-	
Desconhecidos	13	1,9		13	1,7		29	23,4	

* Teste qui quadrado de Pearson; $p < 0,05$ ** Outro: Motel, construções civis, terreno baldio, cinema, etc.

Legenda: OPC=Objeto pífuro-cortante. AC=Amigos e Conhecidos. PF=Pessoa da Família. PRI=Pessoa com Relacionamento Institucional.

Tabela 6.1 – Continuação da tabela 6. Características da agressão e o comportamento do agressor associadas a negligência, violência financeira e tortura contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Variável / Tipo de violência	Negligência (n=171)			Financeira (n=38)			Tortura (n=25)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Local da agressão			0,086			0,220			0,648
Residência	155	93,4		32	91,4		21	84,0	
Via Pública	04	2,4		-	-		01	4,0	
Instituição	03	1,8		02	5,7		01	4,0	
Outro**	04	2,4		01	2,9		02	8,0	
Mais de 1 vez			0,425			0,082			0,413
Sim	150	90,4		37	97,4		20	83,3	
Não	16	9,6		01	2,6		04	16,7	
Meio da agressão									
Força corporal	119	69,6	0,482	25	65,8	0,402	21	84,0	0,169
Ameaça	49	28,7	<0,001	10	26,3	0,230	07	28,0	0,236
Obj. P.C.	23	13,5	0,466	05	13,2	0,794	07	28,0	0,011
Obj. Contudente	20	11,7	0,551	04	10,5	0,985	05	20,0	0,113
Enforcamento	13	7,6	0,561	05	13,2	0,097	07	28,0	<0,001
Arma de fogo	07	4,1	0,780	02	5,3	0,610	03	12,0	0,027
Objeto quente	01	0,6	0,579	01	2,6	0,280	02	8,0	<0,001
Outros	20	11,7	0,624	07	18,4	0,113	01	4,0	0,275
Nº de envolvidos			0,566			0,221			0,931
Um	150	89,8		36	94,7		22	88,0	
Dois ou mais	17	10,2		02	5,3		03	12,0	
Sexo do agressor			0,025			0,386			0,627
Masculino	156	95,1		35	94,6		25	100	
Feminino	04	2,4		01	2,7		-	-	
Ambos os sexos	04	2,4		01	2,7		-	-	
Uso de álcool			0,036			0,781			0,267
Sim	86	57,0		23	62,2		18	75,0	
Não	65	43,0		14	37,8		06	25,0	
Vínculo			0,010			0,890			0,662
Parceiro Íntimo	121	72,9		25	69,4		15	60,0	
Ex-parceiro íntimo	32	19,3		06	16,7		05	20,0	
AC	01	0,6		01	2,8		01	4,0	
PF	09	5,4		03	8,3		-	-	
PRI	01	0,6		-	-		02	8,0	
Desconhecidos	02	1,2		01	2,8		02	8,0	

* Teste qui quadrado de Pearson; $p < 0,05$ ** Outro: Motel, construções civis, terreno baldio, cinema, etc.

Legenda: OPC=Objeto perfuro-cortante. AC=Amigos e Conhecidos. PF=Pessoa da Família. PRI=Pessoa com Relacionamento Institucional.

Na relação entre os encaminhamentos realizados pelos profissionais às mulheres quanto ao tipo de violência sofrido, houve significância estatística para violência física quando as mulheres foram encaminhadas à casa de abrigo ($p=0,021$); à DEAM ($p=0,024$); ao IML

($p=0,005$) e para o atendimento psicológico do próprio serviço ($p=0,004$). Quanto à violência psicológica, encaminhar a outras delegacias ($p=0,008$); ao ministério público ($p=0,001$); ao centro de referência da mulher ($p=0,001$); ao IML ($p=0,005$) e ao atendimento psicológico do serviço ($p<0,001$) também foram significativos (Tabela 7).

Em referência à violência sexual, a significância estatística dos encaminhamentos dos profissionais voltou-se para o programa sentinela ($p<0,001$); delegacia de proteção da criança e do adolescente ($p=0,015$); a outras delegacias ($p=0,037$); ao ministério público ($p=0,024$); ao centro de referência da mulher ($p=0,037$); ao IML ($p<0,001$) e ao atendimento psicológico do serviço ($p<0,001$) (Tabela 7).

Referente à negligência, houve relação estatística nos encaminhamentos para o ministério público e o CRAS, ambos com $p<0,001$. A violência financeira foi significativa para os encaminhamentos a DEAM ($p=0,18$); ao ministério público ($p=0,029$) e ao centro de referência da mulher ($p<0,001$). Em relação à tortura, apresentou significância apenas para outras delegacias ($p<0,001$) (Tabela 7.1).

Tabela 7 – Características dos encaminhamentos em relação à ocorrência de violência contra a mulher. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Encaminhamento / Tipo violência	Física (n = 702)			Psicológica (n=795)			Sexual (n=125)			Negligência(n=171)			Financeira(n=38)			Tortura (n=25)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Conselho tutelar			0,474			0,586			0,368			0,243			0,339			0,106
Sim	21	3,0		23	2,9		05	4,0		07	4,1		02	5,3		02	8,0	
Não	681	97,0		772	97,1		120	96,0		164	95,9		36	94,7		23	92,0	
Vara da infância / juventude			0,153			0,220			0,148			0,922			-			-
Sim	06	0,9		4	0,5		02	1,6		01	0,6		-	-		-	-	
Não	696	99,1		791	99,5		123	98,4		170	99,4							
Casa abrigo			0,021			0,258			0,090			0,106			0,166			0,253
Sim	32	4,6		32	4,0		08	6,4		10	5,8		03	7,9		02	8,0	
Não	670	95,4		763	96,0		117	93,6		161	94,2		35	92,1		23	92,0	
Programa sentinela			0,411			0,173			<0,001			-			-			-
Sim	02	0,3		01	0,1		02	1,6		-	-		-	-		-	-	
Não	700	99,7		794	99,9		123	98,4										
DEAM			0,024			0,342			0,136			0,191			0,018			0,772
Sim	258	36,8		281	35,3		02	1,6		52	30,4		20	52,6		08	32,0	
Não	444	63,2		514	64,7		123	98,4		119	69,6		18	47,4		17	68,0	
DPCA			0,505			0,140			0,015			0,945			0,318			0,888
Sim	34	4,8		33	4,2		11	8,8		08	4,7		03	7,9		01	4,0	
Não	668	95,2		762	95,8		114	91,2		163	95,3		35	92,1		24	96,0	
Outras delegacias			0,941			0,008			0,037			0,265			0,106			<0,001
Sim	23	3,3		21	2,6		08	6,4		08	4,7		03	7,9		04	16,0	
Não	679	96,7		774	97,4		117	93,6		163	95,3		35	92,1		21	84,0	
MP			0,360			0,001			0,024			<0,001			0,029			0,143
Sim	242	34,5		285	35,8		31	24,8		82	48,0		19	50,0		05	20,0	
Não	460	65,5		510	64,2		94	75,2		89	52,0		19	50,0		20	80,0	

Encaminhamento / Tipo violência	Física (n = 702)			Psicológica (n=795)			Sexual (n=125)			Negligência(n=171)			Financeira(n=38)			Tortura (n=25)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
CRM			0,695			0,001			0,037			0,182			<0,001			0,486
Sim	34	4,8		32	4,0		11	8,8		12	7,0		07	18,4		02	8,0	
Não	668	95,2		763	96,0		114	91,2		159	93,0		31	81,6		23	92,0	
CRAS			0,488			0,176			0,291			<0,001			0,726			
Sim	31	4,4		36	4,5		03	2,4		16	9,4		02	5,3		04	16,0	0,003
Não	671	95,6		759	95,5		122	97,6		155	90,6		36	94,7		21	84,0	
IML			0,005			0,005			<0,001			0,504			0,131			0,075
Sim	59	8,4		48	6,0		20	16,0		10	5,8		05	13,2		04	16,0	
Não	643	91,6		747	94,0		105	84,0		161	94,2		33	86,8		21	84,0	
DP			0,057			0,570			0,630			0,063			0,395			0,365
Sim	57	8,1		71	8,9		10	8,0		22	12,9		02	5,3		01	4,0	
Não	645	91,9		724	91,1		115	92,0		149	87,1		36	94,7		24	96,0	
CAPS			0,454			0,806			0,692			0,807			0,183			-
Sim	25	3,6		31	3,9		04	3,2		06	3,5		03	7,9		-	-	
Não	677	96,4		764	96,1		121	96,8		165	96,5		35	92,1		-	-	
J- (OS)			0,097			0,413			0,960			0,524			0,141			0,798
Sim	73	10,4		78	9,8		12	9,6		14	8,2		01	2,6		02	8,0	
Não	629	89,6		717	90,2		113	90,4		157	91,8		37	97,4		23	92,0	
Serviços de saúde			0,784			0,116			0,188			0,262			-			0,058
Sim	17	2,4		16	2,0		05	4,0		02	1,2		-	-		02	8,0	
Não	685	97,6		779	98,0		120	96,0		169	98,8		-	-		23	92,0	
Habitafor						0,898			0,609			0,889			-			-
Sim	11	1,6		10	1,3		01	0,8		02	1,2		-	-		-	-	
Não	691	98,4		785	98,7		124	99,2		169	98,8		-	-		-	-	
P-(PS)			0,004			<0,001			<0,001			0,437			0,631			0,882
Sim	41	5,8		47	5,9		26	20,8		10	5,8		02	5,3		02	8,0	
Não	661	94,2		748	94,1		99	79,2		161	94,2		36	94,7		23	92,0	

* Teste qui quadrado de Pearson; $p < 0,05$.

Legenda: DEAM = Delegacia de Atendimento à Mulher. DPCA= Delegacia de Proteção da criança e do adolescente. MP= Ministério Público. CRM= Centro de Referência da Mulher.

6 DISCUSSÃO

Apesar de não se dimensionar o tempo em que a mulher vem sendo exposta à violência e as repercussões decorrentes da agressão pela natureza deste estudo (transversal) e limitação dos dados secundários, a pesquisa confirma que as tipologias da violência contra a mulher mostram associação ($p \leq 0,05$) entre algumas variáveis sociodemográficas, com a ocorrência da violência financeira, da negligência, ainda pouco explorada na literatura, e reafirma a presença do álcool nos casos notificados. Reforça, também, a ocorrência desses casos, tendo como provável agressor o parceiro ou ex-parceiro. Os resultados ainda revelam a amplitude do problema a partir dos tipos de violência categorizados na ficha de notificação.

O estudo identificou que possuir até nove anos de estudo está associado com negligência ($p=0,043$) e com a violência financeira ($p=0,004$), quando comparado com outras violências notificadas. Acredita-se que à medida que aumenta o número de anos escolares, amplia a empregabilidade no mercado formal ou informal e, nesse sentido, dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD, 2007) identificaram que a proporção de famílias chefiadas por mulheres passou de 24,9%, em 1997, para 33%, em 2007, o que representa um total de 19,5 milhões de famílias brasileiras tendo a mulher como principal responsável (PINHEIRO et al., 2008), corroborando os dados da associação deste contexto (maior escolaridade, maior empregabilidade) com casos de violência contra a mulher.

A baixa escolaridade (em anos de estudo) não mostrou significância com violência física e/ou sexual, o que nos leva a inferir que essa modalidade de violência é mais abrangente e não privilegia atributos. É inadmissível que diante das conquistas e das lutas dos movimentos feministas perdurem fatos que corroboram a ancoragem de que “basta ser mulher para ser e estar vulnerável à violência física e/ou sexual”. Outros estudos mostram que a incidência da violência física e/ou sexual contra mulher é constante na literatura (DEEKE et al., 2009; LAGO, et al. 2009; LIMA et al., 2008; RAMSAY et al., 2002).

Destacam-se as taxas superiores a 60,0% de mulheres casadas em relação à violência física (70,3%), psicológica (69,1%), negligência (70,3%), financeira (74,3%) e tortura (63,6%). A literatura retrata que o parceiro íntimo (MOURA et al., 2009; D’OLIVEIRA et al., 2009a) se mostra como o principal agressor nos casos de violência contra a mulher. Importante pontuar que entre as mulheres solteiras os percentuais das tipologias de violências também se mostraram significativos e sinalizam a vulnerabilidade da mulher diante desse fenômeno, reforçando as questões de gênero, desde sempre. A literatura sobre o tema reafirma

esta compreensão (DAY et al., 2003; CARVALHO; GALVÃO; CARDOSO, 2009).

As questões de gênero têm sido mais frequentes na sociedade, neste contexto, a contraposição de que cabe aos homens o espaço da produção, das grandes decisões e do poder no âmbito público, e às mulheres é, então, atribuída a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos em todas as suas formas no seio da família, vem sendo associada a um conjunto de ideias e práticas impostas pela sociedade “machista” que identificam essa identidade à virilidade, à força e ao poder advindo da própria constituição biológica sexual (LANGE, 2004; SOUZA, 2005).

Souza (2005) reflete sobre a relação entre masculinidade e violência no Brasil, embora não seja um fenômeno restrito às nossas fronteiras. Ressalta que esta relação ultrapassa os limites do subjetivismo, como constituição de identidades individuais ainda hegemonicamente calcadas na força, na competição, no machismo e, também, na própria violência, mantendo-se influenciada por determinantes socioeconômicos e culturais que, de alguma forma, potencializam a associação entre o ser masculino e a violência.

A faixa etária de 25 a 39 anos, seguida de 19 a 24, foram as mais prevalentes em relação às violências física, psicológica e sexual neste estudo. Atribui-se esta associação ao fato de que, nessa fase da vida, essas mulheres apresentam profícuas chances de relacionarem-se com parceiros íntimos, engajarem-se no mercado de trabalho, deter certo grau de escolaridade, variáveis que também foram significativas para sofrer algum tipo de violência, no estudo em foco.

Os dados desta pesquisa demonstram e corroboram a modalidade de violência praticada contra a mulher: física (74,8%), psicológica (84,7%) e sexual (13,3%). Esta última, contudo, registra menor percentual, semelhante aos dados de pesquisas (VIEIRA et al., 2008; PARENTE; NASCIMENTO) anteriormente realizadas, que retratam a invisibilidade deste assunto, principalmente, quando praticada por parceiros íntimos e sofrida pelas mulheres que buscam ajuda em serviços específicos para este tipo de violência (PARENTE, 2007; PARENTE, NASCIMENTO, VIEIRA; 2009). Importante salientar que os percentuais dos diversos tipos de violência encontrados em Fortaleza mostram-se mais elevados quando comparados com dados de outras cidades brasileiras (SILVA, 2003; SCHRAIBER et al., 2007b), pairando o questionamento se Fortaleza é mais violenta ou se notifica regularmente.

A pesquisa Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women coordenada pela OMS e realizada em dez países (ELLSBERG et al., 2008) concluiu

dados similares aos deste trabalho quanto às tipologias de violência sofrida pelas mulheres. No Brasil, este estudo abrangeu uma cidade em São Paulo - SP e outra na Zona da Mata (PE). Entre as mulheres de SP, 383 (41,8%) sofreram violência psicológica, 266 (27,2%) violência física e 95 (10,1%) violência sexual. Na Zona da Mata (PE), 580 (48,9%) mulheres sofreram violência psicológica, 401(33,7%) sofreram violência física e 170 (14,3%) violência sexual (SCHRAIBER et al., 2007b), ratificando a diminuição dos percentuais sobre a notificação da violência sexual.

Em outra pesquisa desenvolvida no Nordeste do Brasil, em Salvador (BA), com 701 mulheres, a violência física foi referida por 36,5% e a sexual, por 18,6%. A violência psicológica foi expressa como ofensas (22,3%) e xingamentos (19,5%), sendo, por tais razões, mais difícil de ser identificada (SILVA, 2003).

Na região Sudeste, em Minas Gerais, foi realizado um estudo que analisou três locais de atendimento distintos, registrando prevalência de violência física nos seguintes percentuais: 92,8%; 96% e 32%. A violência psicológica foi identificada apenas em um serviço (36,2%) e a violência sexual, detectada nos três, foi menor que 2,0% (GARCIA et al., 2008). Os achados de Garcia et al (2008), no tocante à violência psicológica, diferem dos identificados nesta pesquisa, que registrou alta prevalência (84,7%) e significância quando associadas as variáveis estado civil, faixa etária, escolaridade e raça autorreferida.

Em Londrina (PR), ao se analisar 470 fichas de mulheres que procuraram o serviço de referência, a violência emocional (56,4%) e a violência física (32,1%) prevaleceram. Na violência emocional, a tortura psicológica foi a principal queixa entre 32,6% dessas mulheres. A lesão corporal, caracterizada como violência física, representou 25,5% dos casos notificados (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

Esta pesquisa reafirma a presença da violência psicológica entre as mulheres, admitindo como o provável autor o parceiro íntimo, que se mostrou associada à variável faixa etária, alcançando a cifra de 93,7% quando amplia o intervalo da idade de 19 a 59 anos. Nessa faixa etária ampliada, a mulher está em sua fase economicamente produtiva, constitui peça-chave no cuidado da família, favorece o acesso dos companheiros/família aos serviços de saúde. Crucial ainda para se refletir, que nessa faixa etária (19-49) ampliada, 75% desses anos representam a fase reprodutiva, e entende-se que as repercussões dessa violência velada, não detectada de maneira fácil e imperceptível aos profissionais de saúde, são danosas e devastadoras para o alcance e manutenção de saúde/qualidade de vida.

Destaca-se no estudo em questão, que 5,6% das mulheres que notificaram a violência estavam gestantes. A literatura aborda a incidência da violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal e as repercussões tanto para a mãe e filho, apontando casos de prematuridade relacionados a esses eventos (AUDI et al., 2008; DOUBOVA et al., 2007; MORAES; REICHENHEIM, 2003).

Outro ponto que suscita inquietação é a presença de alguma deficiência em 7,2% dessas mulheres. Pesquisadores também têm demonstrado a ocorrência dessa casuística entre as mulheres portadoras de algum tipo de deficiência (NUNES; TORRENTE, 2009).

Garcia-Moreno et al. (2006) publicaram estudo realizado no âmbito internacional, coordenado entre parceria da World Health Organization (WHO), a London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), o Program for Appropriate Technology in Health (PATH) e grupos de pesquisa em dez países, que mostrou que a violência física e a psicológica foram as mais relatadas pelas mulheres entrevistadas, embora em alguns países (Bangladesh, Etiópia e Tailândia) uma proporção significativa de mulheres agredidas informou violência sexual.

Nesta investigação, entre as mulheres que procuraram os serviços sentinela em Fortaleza, os achados concordam com pesquisas internacionais (Garcia-Moreno et al., 2006) no tocante a violência sexual; acrescenta-se que a negligência e/ou abandono (18,2%) foi mais referida que a violência sexual (13,3%), apesar de não apresentar grande diferença entre essas tipologias (4,9%).

A negligência e/ou abandono assumindo a conotação de uma tipologia da violência contra a mulher ainda não foi incorporada na literatura brasileira; pode-se atribuir esta lacuna ao tempo de implantação da Ficha de Notificação (2006-2008) e as questões culturais. É conveniente chamar atenção dos profissionais (saúde e áreas afins), que atendem mulheres com sintomas inespecíficos e que são assíduas nesses serviços, para as possibilidades de casos velados de violências em que a negligência e/ou abandono se manifesta de modo imperceptível, para que haja qualificação na escuta e ampliação da compreensão do adoecimento entre as populações.

Guedes, Nogueira, Camargo Jr. (2009) refletem sobre esse desafio para a prática médica (aqui se estende para os profissionais da saúde) em que pacientes com sintomas indefinidos, sem uma lesão orgânica ou uma causalidade reconhecida, correspondem a uma parcela importante da demanda ambulatorial e pode ser considerada uma “anomalia” para o

modelo biomédico, pois o mesmo negligencia a dimensão subjetiva do adoecimento.

Um das formas mais comuns de violência contra mulheres encontrada neste estudo foi a perpetrada pelo parceiro íntimo. Este tipo de violência, frequentemente, leva a várias formas de violência doméstica, incluindo violência física, com uso de força corporal e violência sexual que conduz ao assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor ou exploração sexual. Estes podem ter como consequências a gravidez indesejada, aborto provocado, DST, tentativa de suicídio, transtorno mental e comportamental.

Estes resultados vão ao encontro de pesquisa concluída em países industrializados (ELLSBERG, 2008) e confirma que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é mundial. A literatura enfatiza que as mulheres têm um maior risco de violência acometida por um parceiro íntimo do que qualquer outro perpetrador, ocasionando graves lesões e não raro, homicídios. Pesquisas realizadas em Fortaleza apontaram que as causas alegadas para desencadear a agressão contra a mulher, entre parceiros, seja física ou sexual, variam de motivos banais a graves (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009; VIEIRA et al., 2008).

Um fator de risco para a ocorrência da violência é o uso de álcool pelo agressor. A sua associação com violência contra a mulher foi descrita neste estudo, mostrando-se estatisticamente significativa. A relação do álcool como desencadeador de violências, principalmente as formas físicas, tem sido amplamente discutida em pesquisas sobre o tema (ZALESKI et al., 2010; D'OLIVEIRA et al., 2009b; RABELO; JÚNIOR-CALDAS, 2007). É inegável que estas substâncias são usadas de forma ambígua, ou seja, tanto são escolhidas em situações de comemorações quanto são usadas como mecanismo de ressarcimento para perdas e sofrimentos (MOURA et al., 2009).

No estudo de Zaleski et al., (2010) em cada dez homens, quatro usaram bebida alcoólica quando agrediram suas companheiras, das 132 mulheres que informaram ao entrevistador que seu companheiro usava álcool, 44,6% foram violentadas fisicamente. Deslandes et al. (2000) ao analisarem um conjunto de 71 casos de mulheres sobreviventes de violências, identificaram que em 33,8% desses algum tipo de droga (lícita e/ou ilícita) esteve relacionado com essas agressões.

Inquérito epidemiológico realizado em São Paulo com 1.631 pessoas com objetivo de estimar a violência física entre parceiros íntimos e examinar a associação entre a violência e variáveis sociodemográficas, uso de álcool e outros fatores relacionados, identificou que ser vítima, assim como ser agressor, associou-se a ser mais jovem e ter um parceiro com

consumo pesado de álcool (D'OLIVEIRA et al., 2009b), o que reafirma a constância do uso do álcool associado aos episódios violentos. Estes resultados são consistentes em estudos desenvolvidos em outros estados (d'Oliveira et al., 2009b) e países como Estados Unidos (LI et al., 2010) e Uganda (KARAMAGI et al., 2006).

Resultados na prevalência de violência física e sexual por parceiros íntimos variam entre a literatura. Esta variação não só pode ser atribuída para diferenças nos tipos de violência, mas também para diferenças em métodos de pesquisa, definições de violência, técnicas de coletas de dados, treinamentos para lidar com o público alvo, habilidades e diferenças culturais que afetam os entrevistados e não as deixam à vontade para revelar experiências íntimas.

Dois terços de mulheres mortas por seu parceiro íntimo buscou cuidado médico dentro de um ano antes do assassinato delas e a maioria dos médicos clínicos não faz avaliação das mulheres para violência (SHARPS et al., 2001). Coker et al., (2002) mostraram que 17,0% de mulheres que informaram violência pelo seu parceiro íntimo não tiveram qualquer indicação de violência anotada nos registros médicos.

Ao se adentrar nos registros da violência sexual, é plausível situar o leitor de que Fortaleza é uma cidade de contrastes, dicotômica, dividindo-se entre condomínios luxuosos e pobreza extrema. Como cidade litorânea, cognominada de “terra do sol”, detém lamentáveis e preocupantes indicadores de violência sexual e prostituição. Condições socioeconômicas insustentáveis de populações limítrofes da linha de pobreza, dificuldade de acesso à empregabilidade, escolaridade precária, somado a questões culturais e de gênero, tendem a desencadear a prostituição de crianças e adolescentes. O ingresso de mulheres cada vez mais jovens na prostituição foi encontrado no estudo de Aquino et al., (2008).

Nesta pesquisa, ora em foco, a violência sexual contra a mulher adolescente (12-18 anos) e mulheres adultas (25-39 anos) foram as mais registradas, respondendo com 22,1% e 44,3% pontos percentuais. Entre as mulheres que sofreram violência sexual, 77,6% foram coagidas a relacionar-se de forma íntima com o agressor e, 11,2%, ameaçadas com arma de fogo. Confirmando a tendência da literatura, os principais perpetradores dessa modalidade de violência foram os homens – cônjuge/companheiros/namorados (71,8%), ex-cônjuge/ex-companheiros/ex-namorado (14,3%) ou desconhecidos (3,5%).

Estes dados ultrapassam continentes. Pesquisa realizada em lares suíços com 418 mulheres detectou que 47,7% delas foram tentadas a praticar sexo quando não desejavam e

31,9%, a terem sexo quando não queriam (REZA et al., 2009).

Contrário a esta pesquisa em que a maior prevalência de violência sexual foi em mulheres de 25 a 39 anos, outros estudos evidenciam que a iniciação sexual geralmente é forçada na adolescência, seja esta praticada, dentro ou fora do matrimônio; a primeira relação considerada como forçada foi identificada em estudos na Tanzânia (MATASHA et al., 1998), África do Sul (BUGA; AMOKO; NCAYIANA, 1996) e Nova Zelândia (DICKSON, 1998), onde registraram que 28%, 40%, e 7% de mulheres, respectivamente, afirmaram que a sua primeira relação sexual foi sob coerção. Também sugere que na adolescência, onde começa o relacionamento sexual, o mais provável é que foi usada força corporal. No estudo de Nova Zelândia, 25% de meninas informaram que o sexo antes de 14 anos foi forçado.

Vale pontuar que neste estudo não se averiguou a relação entre os incidentes de violências sexuais e condições relacionadas pós-acontecimento, pela incompletude dos registros nas fichas de notificação. Não obstante, a natureza da ficha permitiu uma distinção da violência sexual perpetrada por companheiros e por desconhecidos e, apesar do equilíbrio entre solteiras (43,1%) e casadas (54,3%), há indícios de que em mais da metade dos casos a violência sexual foi perpetrada por seus parceiros íntimos.

Os serviços sentinela investigados estão realizando medidas profiláticas e de monitoramento de violência sexual; ações para a profilaxia de DST e de HIV atingiram 48% das mulheres violentadas sexualmente. Em Uganda (KARAMAGI et al., 2006), pesquisadores sobre o tema identificaram que ao associar a violência entre parceiros íntimos com medidas preventivas para HIV detectaram que as mulheres referiram medo para se submeter ao teste de HIV e de conhecer os resultados, principalmente quando elas sabem que o companheiro tem múltiplas parceiras.

Um ponto considerável no estudo é o reconhecimento dos serviços de saúde como um dos setores primordiais no atendimento e notificação, quando se dirige as formas mais comuns de violência contra mulheres, como a sexual, especialmente em serviços de atenção básica e secundária que direcionam o atendimento a mulheres nesta situação.

Merece pontuar que apesar das lacunas no preenchimento das fichas, indícios de subnotificação e uma busca incipiente dessas mulheres pelos serviços de referência, os profissionais que atendem essa demanda encaminham-nas para outros serviços, ampliando a visibilidade e compreensão de que para enfrentar o problema uma das saídas é a forte articulação entre as redes de apoio (CAMPOS et al., 2005). Neste estudo, setores que

respondem de forma específica e direcionada à tipologia da violência identificada, mostraram-se significativos e o suporte da rede de apoio a essas mulheres é fundamental para a tomada de decisão e conter a escalada crescente desse problema.

O estudo ainda sinaliza a violência sexual ocorrendo de forma mais amiúde no ambiente domiciliar da mulher ou de conhecido(a). A sua frequência em domicílios enfatiza a natureza velada dessa violência, e se apresenta como um dos maiores desafios para a sua prevenção, não somente em Fortaleza, mas nos lares que se constituem sem uma base sólida de vínculo, valores e mediação de conflitos, pois se trata de uma agressão “mascarada”, sórdida e cruel, repercutindo, sobretudo, no fio condutor da qualidade de vida de todos os envolvidos na “trama”.

CONCLUSÃO

É bem verdade que se amplia o número de pesquisas sobre violência contra a mulher. Desse modo, esta produção contribui para expandir a visibilidade desse lamentável fenômeno, de alcance mundial, mas ainda insuficiente para conclamar mobilizações que ampliem, sobretudo, as discussões e decisões nas instâncias do poder público.

A magnitude e transcendência das tipologias de violências mais frequentes, e a maior severidade como se apresenta e se manifesta, foram pontuadas neste estudo, que fez um recorte da casuística: violência por parceiro íntimo; abuso sexual; violência física e sexual contra mulheres adolescentes e adultas; a negligência e a questão da violência financeira, e os muitos perpetradores potenciais, os parceiros íntimos, amigos e conhecidos, familiares e pessoas desconhecidas.

A partir das notificações analisadas, neste estudo prevaleceu a violência psicológica, seguida da física, negligência (ou abandono) e sexual; a violência financeira e tortura também foram pontuadas. As ocorrências dos casos aumentaram na faixa etária entre 25 e 39 anos.

Desse modo, a violência praticada contra a mulher não se limita apenas ao uso da força física, mas também de forma psicológica, financeira e negligente, o que vem acontecendo com maiores proporções na atualidade, pois, estas violências são difíceis de serem provadas e detectadas, por conta da invisibilidade de suas marcas.

Ser casada mostrou associação para sofrer violência física e tortura. O domicílio foi fator de risco para a violência física, psicológica e sexual. O consumo de bebida alcoólica pelo agressor destacou-se em todos os tipos de violência sofrida. A violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher foi associada à violência física, psicológica, sexual e negligência.

Entre os encaminhamentos realizados pelos profissionais às mulheres quanto ao tipo de violência sofrido, houve significância estatística para violência física quando as mulheres foram encaminhadas à casa de abrigo, à Delegacia Especial de Atendimento à Mulher e ao IML; e para o atendimento psicológico do próprio serviço.

Constatamos que as mulheres estão buscando os serviços para solucionar seus problemas e dar respostas ao que elas buscam no que se refere ao combate à violência. Com a existência dos serviços sentinelas, supõe-se resolubilidade e humanização do atendimento, fato que contribui para dar visibilidade às agressões sofridas pela mulher. Contudo, ainda há

mulheres que sofrem violências e, por razões complexas e de difícil entendimento, permanecem na inércia e no silêncio.

Nesta pesquisa, as mulheres sofrem altas taxas de violência por parceiro íntimo, em seus relacionamentos atuais e no espaço privado do domicílio, salientando-se a violência psicológica e física; com pequena porcentagem de mulheres que sofreram violência financeira e tortura. Este resultado pode ser devido à ausência de percepção das mulheres em entender os diversos tipos de violência ou de relatar a tortura como violência física.

Estudiosos da temática acreditam e defendem a necessidade imperiosa de avaliar e identificar no setor saúde a efetividade de intervenções para convencer os governos, gestores de saúde e legisladores políticos do prejuízo social que advém da violência contra a mulher. Deseja-se que este trabalho possibilite discussões e mobilize esforços para romper o silêncio no entorno das “violências contra mulheres” e estabeleça uma forte articulação na ótica preventiva e promotora de saúde.

Em concluso, as mulheres que procuraram atendimento no setor saúde assumiram sua dor, superaram a vergonha, conviveram com o medo, transpuseram dificuldades e buscaram uma rede de apoio – o serviço de referência para o enfrentamento de sua dor física e moral. Com essa atitude, possibilitou-se esta discussão e análise que pode resultar em melhoria da saúde e a qualidade de vida da mulher cearense.

REFERÊNCIAS

AMOWITZ, L. L. et al. Human Rights Abuses and Concerns About Women's Health and Human Rights in Southern Iraq. **JAMA**, v. 291, n. 12, p.1471-1479, march, 2004.

AQUINO, P.S. et al. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto contexto – enfermagem**, Santa Catarina, vol.17, n.3, p. 427-434, 2008.

ARENDT, H. **Da violência**. Brasília: Universidade de Brasília, 1985.

AUDI, C.A.F. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.84, n.1, p.60-67, 2008.

BASILE, K.C.; HERTZ, M.F.; BACK, S.E. **Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings**. 1. Version. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 17 jul. 2010

_____. Ministério da Saúde. Resolução N. 8.069. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. São Paulo: Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), 1996a. Disponível em: <http://dhepsi.nucleoad.net/moodle/file.php/1/MECANISMOS_INTERNACIONAIS_DE_PROTECAO_DOS_DIREITOS_HUMANOS/Sistema_Regional_-_OEA/Convencao_Interamericana_para_Prevenir_Punir_e_Erradicar_a_Violencia_contra_a_Mulher.pdf>. Acesso em 17 jul. 2010

_____. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. p.11.

_____. Lei no 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jun. 2004a. p. 1.

_____. Portaria Nº 936, de 18 de maio de 2004, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 20. maio. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Plano Nacional de políticas para Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. 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. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Coordenação de Vigilância, Prevenção e Controle de Violências e Acidentes. **Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA** (Nota Técnica). Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Vigilância de violências e acidentes em serviço sentinela – VIVA**. Ministério da Saúde, 2006b. Apresentação em PDF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lançamento_viva.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Presidência da República. **Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006** - Coíbe a violência doméstica e familiar contra a Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Enfrentamento a violência contra a mulher**: balanço de ações 2006-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS. Brasília, MS, 2008b. Disponível em: <<http://saude.gov.br/svs>>. Acesso em abril 2010.

BUGA, G.A.B.; AMOKO, D.H.A.; NCAYIANA, D. Sexual behaviour, contraceptive practices and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. **South African**

Medical Journal. v. 86, p. 523–27, 1996.

CAMPOS, M. A. M. R. et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.14, n.1, p. 101-109, 2005.

CARVALHO, Q.C.M.; GALVAO, M.T.G.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Child sexual abuse: the perception of mothers concerning their daughters' sexual abuse. **Revestita Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, vol.17, n.4, p. 501-506, 2009.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Sexual violence prevention: beginning the dialogue.** Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Mulheres vítimas de violência têm serviços de graça no CERAM.** 05 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?view=article&catid=14%3ALista-de-noticias&id=15%3Amulheres-vitimas-de-violencia-tem-servicos-de-graca-no-ceram-&option=com_content&Itemid=248> Acesso em: 19 fev. 2009.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher: Relatório Nacional Brasileiro.** Brasília: Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado de Direitos da Mulher, 1979. Disponível em: <<http://www.agende.org.br>> Acesso em: 25 de jan. de 2009.

COKER, A. L. et al. Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. **Prey Med**, v.34, p.445-54, 2002.

DAY, V.P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.25, p. 9-21, abr. 2003. Suplemento 1.

DEARWATER, S. R et al. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. **Journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 5, p. 433-438, 1998.

DEEKE, Leila Platt et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e sociedade.** vol.18, no.2, p.248-258, jun, 2009.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan./mar., 2000.

DESLANDES, S.F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DICKSON, N.; PAUL, C.; BERBISON, P.; SLIVA, P. First sexual intercourse: age, coercion and later regrets reported by a birth cohort. **BMJ.** v. 316, p. 29–33, 1998.

DINIZ, S. G. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P. da; MIRIM, L. A. L. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, p.168-208, 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, no.2, p.299-311, Abr, 2009a.

D'OLIVEIRA, J. B. et al. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana Saúde Pública**. v.26, n.6, p. 494-501, 2009b. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&NA=20107703&lang=pt-br&site=ehost-live> Acesso em abril 2010.

DOUBOVA (DUBOVA), S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.41, n.4, p. 582-590, ago, 2007.

ELLSBERG, M.; ARCAS, C.C. **Sistematización del proyecto OPS**: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar em centroamérica. Organização Pan Americana de Saúde, 2001.

ELLSBERG, M. C. Violence against women: a global public health crisis. **Scandinavian Journal of Public Health**, Norway, v. 34, p.1-4, 2006.

ELLSBERG, M. et al., on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study **Lancet**, v.371, p.1165-72, 2008.

EYO, U. N. Violence against women. **Health Care for Women International**, v.27, p.199-203, 2006.

FORTALEZA, Prefeitura de Fortaleza. Secretaria de saúde de Fortaleza. **Redes Hospitalares**. 2008. Disponível em: <http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/smsv2/redesredeHospitalarGonzagamesejana.asp>. Acesso em: 13 de outubro de 2007.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, F. M. de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.89-99, maio-ago, 2004

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, nov. 2008.

GARCIA-MORENO, C. et al. on behalf of the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women study team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v.368, p.1260-69, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p.1269-1278, 2007, suplemento 0.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.146-155, 1994, suplemento 0.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO, J.R.; Kenneth, R. Os sofedores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica?. **Physis** [online]. vol.19, n.3, pp. 797-815, 2009.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-319, jan./fev. 2002.

GREGORY, A. et al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. **BMC Public Health**. v.10, p.54; 2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=106&sid=f363ca8a-8d90-4efe-b9b3-3db302814173%40sessionmgr113>. Acessado em 10 abril 2010.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2.ed. Artmed, 2005.

KARAMAGI, CA et al. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. *Public Health [BMC Public Health]*, v. 6, pp. 284-297, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/284>> Acesso em abril 2010.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p. 695-701, 2005.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAGO, M.C.S. et al. Gênero, gerações e espaço doméstico: trabalho, casa e família. **Paidéia** [online], v.19, n.44, p. 357-366, 2009.

LANGE, O. S. **Violência doméstica - cicatrizes da alma**: um histórico geral da luta das mulheres e o emprego da força contra a mulher na vida conjugal na cidade de Dourados/MS - 1986-2000. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Dourados, 2004.

LARSEN, K. H. Prevalence of domestic and sexual violence and the consequences of violence in Nordic countries. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org). **European strategies to combat violence against women**: Report of the first technical meeting. Dinamarca: WHO. Europe, p.21-25, 1997.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC / Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. de A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.69-81, 2008.

LI, Q. et al. A multilevel analysis of individual, household, and neighborhood correlates of intimate partner violence among low-income pregnant women in Jefferson county, Alabama. *American Journal of Public Health*. v.100, nº3, p. 531-539, mar, 2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19696385&lang=pt->

br&site=ehost-live. Acesso em abril 2010.

LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da Violência Sexual em Mulheres Atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.111-116, 2004.

MAIS uma mulher assassinada. **Diário do Nordeste Online**, 28 dez. 2008. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=601855>>. Acesso em: 13 jan. 2009.

MATASHA, E. et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. **Aids Care**, v.10, p. 571–82, 1998.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p. 604-610, 2006.

MACMILLAN, H. L. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. **The Journal of the American Medical Association**, Berlim, v.296, n.5, p.530-536, aug. 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde**. 2. ed., São Paulo: ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S. Violência Social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. S. ; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. de. (Org.). **Tratado de saúde Coletiva**, São Paulo: Fiocruz, 2006a, p.201-30.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006b.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, 2007. Suplemento 0.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Avaliando a cronicidade e a escalada da violência física contra a mulher durante a gestação em serviços públicos de saúde no Município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, 2003. Suplemento 2.

MOURA, Leides Barroso Azevedo et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista Saúde Pública**. vol.43, no.6, p.944-953, dez, 2009,

MURPHY, C. Opening address. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org). **European strategies to combat violence against women: Report of the first technical meeting**. Dinamarca: WHO. Europe, 1997. p.15-16.

NATIONAL center for injury prevention and control. **Costs of Intimate Partner Violence against Women in the United States**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2003.

NUNES, M.; TORRENTE, M. de. Stigma and violence in dealing with madness: narratives

from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, vol.43, suppl.1, pp. 101-108, 2009.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. **La Violencia contra la Mujer y las Niñas: Análisis y Propuestas desde las Perspectivas de Salud Pública**. OPAS, 1993.

OYUNBILEG, S. et al. Prevalence and risk factors of domestic violence among Mongolian Women. **Journal Of Women's Health**, v.18, n.11, p. 1873-1880; 2009.

PANDJIARJIAN, V. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P. da; MIRIM, L. A. L. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p.78-139.

PARENTE, E. de O.; NASCIMENTO, R. O. do; VIEIRA, L. J. E. de S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Revista Estudos Feministas**, v.17, n.2, p.445-465, ago, 2009.

PINHEIRO et. al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed, Brasília: IPEA, SPS, UNIFEM, 2008, 36p. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/2009/Livro_RetratoDesigual.pdf>. Acesso em abril 2010.

PIMENTEL, S. **Experiências e Desafios: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) - relatório bienal de minha participação**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

PNAD. Primeiras análises. Educação, juventude, raça e cor. Volume 4. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.cebex.org.br/anexos/Ipea%20-%20Pesquisa%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Juventude%20Ra%C3%A7a%20e%20Cor.pdf>. Acesso em: 15 abril 2010.

PORTO, M. et al. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões dos gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 243-252, 2003. Suplemento 2.

RABELLO, P. M.; JÚNIOR CALDAS, A. de F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.6, p.970-8, 2007.

RAMSAY, J. et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. **British Medical Journal**, v. 325, p. 1-13, 2002.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.595-603, 2006.

REZA, A. et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. **Lancet**, v.373, p.1966-72, 2009.

SAGOT, M.; CARCEDO, A.; GUIDO, L (Org). **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en américa latina: estudios de caso de diez países**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

SANTOS, C. M. D.; IZUMINO, W. P. **Violência contra as mulheres, gênero e cidadania: notas sobre estudos feministas no Brasil.** [s.l.] [s.d.]. Disponível em: <http://www.violenciamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=543&catid=1:artigos-assinados&Itemid=5>. Acesso em: 15 jul. 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v6, n10, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.41, n.3, p.359-367, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.41, n.5, p.797-807, 2007b.

SCOTT, E. Canada's Family Violence Initiative: Partnerships. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.10, p. 218-222, 1994. Suplemento 1.

SHARPS, P. et al. Health care provider's missed opportunities for preventing femicide. **Prey Med,** v.33, p.373-80, 2001.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço e urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.19, p.263-272, 2003. Suplemento 2.

SILVA, L. L. da; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, n.21, v.11, p.93-103, 2007.

SILVEIRA, L. P. da. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P. da; MIRIM, L. A. L. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, p.45-77, 2006.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** n. 10, v. 1, p.59-70, 2005.

UNITED NATIONS. **Report of the World Conference on Human Rights (Viena, 1993)** (documento A/CONF.157/24), Organização das Nações Unidas (ONU), 1993. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>. Acesso em: 17 jul. 2010.

UNITED NATIONS. **Documentos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)** (A/CONF.177/20, del 17 de octubre de 1995), 1995. Disponível em: <<http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2010.

VELZEBOER, M. et al. **La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud.** Washington, DC: OPAS, 2003.

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.3, p.113-125, set, 2008.

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1773-1779, dez, 2009.

WHO. World Health Organization. **Global consultation on violence and health: a public health priority**. Genève: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health. **Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals**. Geneva: WHO, 2005.

ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**. n.44, v.1, p.53-9, 2010.

ZABLOTSKA, I.B. et al. Alcohol use, intimate partner violence, sexual coercion and HIV among women aged 15-24 in Rakai, Uganda. **Aids Behav**. v.13, n.2, p.225-233, abril; 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18064556> Acesso em 10 de abril 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pesquisa de dados secundários das Fichas de Notificação de Violência Contra as Mulheres dos Serviços Sentinela do Município de Fortaleza – CE.

Projeto: Violência contra a mulher a partir da vigilância realizada por serviços sentinela em Fortaleza (CE)

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e a pessoa submetida a esse evento requer acompanhamento interdisciplinar e serviços que atendam essa demanda nas diversas dimensões. Diante da complexidade, este estudo objetiva (i) analisar a epidemiologia da violência praticada contra a mulher a partir das Fichas de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, nos serviços sentinela, em Fortaleza – CE; (ii) descrever o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais; (iii) relatar o perfil sociodemográfico do agressor; (iv) identificar a associação entre as características sociodemográficas e econômicas das mulheres e do agressor, da ocorrência da agressão, com a tipologia da violência e (v) investigar ações intersetoriais realizadas com essas mulheres nos serviços sentinela investigados.

Os dados serão integralmente coletados das Fichas de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, das mulheres atendidas nos serviços sentinela que procuraram atendimento espontaneamente ou foram encaminhadas por outros serviços do município, no período de agosto de 2006 a dezembro de 2008. A colaboração solicitada consiste na autorização do responsável legal pelos serviços sentinelas de vigilância de violência contra a mulher, para que sejam consultadas as referidas fichas de notificação arquivadas no núcleo epidemiológico de cada instituição. Em qualquer etapa da pesquisa, qualquer representante do hospital campo de estudo terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou acatamento de alguma observação.

Esta pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados unicamente para esta pesquisa. Será mantida absoluta confidencialidade dos dados, como também o anonimato da população em estudo. Em caso de qualquer dúvida com a ética da pesquisa, ou se houver alguma consideração a fazer, o representante legal da instituição participante poderá entrar em contato com o Comitê de ética da Universidade de Fortaleza – COÉTICA.

Em momento algum haverá risco ou desconforto das instituições participantes, seja no âmbito físico, moral ou ético. Por outro lado, esta pesquisa não fornece benefícios diretos ao participante. Não haverá despesas para as instituições participantes em nenhuma fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

APÊNDICE 02: TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição _____, situada em Fortaleza (CE), declaro que a aluna Renata Carneiro Ferreira está autorizada a realizar nas Instituições o projeto de pesquisa: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA PARA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER REALIZADA POR SERVIÇOS SENTINELA EM FORTALEZA, CEARÁ”, sob a responsabilidade da orientadora Prof^a Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, cujo objetivo geral é “Analisar o perfil epidemiológico da violência praticada contra a mulher registrada em serviços sentinela a partir das Fichas de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, em Fortaleza - CE.” Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de: (i) garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros; (ii) que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa; (iii) o emprego dos dados será somente para fins previstos nesta pesquisa e (iv) a garantia do retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para a instituição onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe, ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

ANEXO

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		3	Data da notificação		
	4	UF	5	Município de notificação		Código (IBGE)				
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	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor
Dados de Residência	14	Escolaridade								
	15	Número do Cartão SUS				16	Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)		19	Distrito	
Dados Complementares	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				
Dados da Pessoa Atendida	28	(DDD) Telefone		29	Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	30	País (se residente fora do Brasil)								
	31	Ocupação								
Dados da Ocorrência	32	Situação conjugal / Estado civil			33		Relações sexuais			
	34	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
	36	UF	37	Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito		
Dados da Ocorrência	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		47		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
48		Local de ocorrência			49		Ocorreu outras vezes?			
01 - Residência		04 - Local de prática esportiva		07 - Comércio/serviços		01 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado
02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar		08 - Indústrias/construção		02 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado
03 - Escola		06 - Via pública		09 - Outro		03 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado
				99 - Ignorado		04 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorada			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Irônico de seres humanos		<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo			
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça			
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro _____			
Conseqüências da violência	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, 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"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> vaginal			
Lesão	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Conseqüências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 8- 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"/> Aborto previsto em lei				
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental			
	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/> Outros _____				
Evolução e encaminhamento	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)					
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura					
Evolução e encaminhamento	02 - Contusão/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	11 - Outros _____					
	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	88 - Não se aplica					
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	61 Sexo do provável autor da agressão	62 Suspeita de uso de álcool					
	1 - Um	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	1 - Masculino	1 - Sim				
Evolução e encaminhamento	2 - Dois ou mais	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	2 - Feminino	2 - Não				
	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	3 - Ambos os sexos	9 - Ignorado				
Evolução e encaminhamento		<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	9 - Ignorado					
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(a)						
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores					
	1 - Encaminhamento ambulatorial	2 - Internação hospitalar	8 - Não se aplica	5 - 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		
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)			67 Circunstância da lesão		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado		CID 10 - Cap XX					
Evolução e encaminhamento	68 Classificação final			69 Evolução do caso			70 Se óbito por violência, data		
	1 - Confirmado	2 - Descartado	3 - Provável	8 - Inconclusivo	1 - Alta	3 - Óbito por Violência	71 Data de encerramento		
Evolução e encaminhamento				2 - Evasão / Fuga			4 - Óbito por outras causas		
				9 - Ignorado			9 - Ignorado		
Informações complementares e observações									
Nome do acompanhante			Vínculo/grau de parentesco			(DDD) Telefone			
Observações Adicionais:									
TELEFONES ÚTEIS									
Disque-Saúde			Central de Atendimento à Mulher				Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes		
0800 61 1997			180				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									



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 123/2009

Projeto de Pesquisa: Perfil Epidemiológico da vigilância para violência contra a mulher realizada por serviços sentinela em Fortaleza, Ceará.

Pesquisador Responsável: Renata Carneiro Ferreira

Data de apresentação ao COÉTICA: 08/04/09

Registro no COÉTICA: 09-140

CAAE: 0977.0.000.037-09

Parecer: APROVADO na data de 30/04/09

Márcia Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Márcia Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA