



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E MENINAS NO ESTADO DE  
SERGIPE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

**RAFAEL ROCHA DE ARAÚJO**

Aracaju

2018

**RAFAEL ROCHA DE ARAÚJO**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E MENINAS NO ESTADO DE  
SERGIPE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

**Co-orientador:** MSc. Arthur Oliveira da Cruz

Aracaju

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E MENINAS NO ESTADO DE  
SERGIPE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

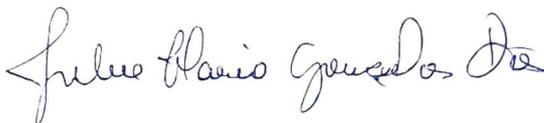
Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

**Co-orientador:** MSc. Arthur Oliveira da Cruz

Autor: \_\_\_\_\_

Rafael Rocha de Araújo



Orientadora: \_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup>. PhD Julia Maria Gonçalves Dias

Aracaju

2018

**RAFAEL ROCHA DE ARAÚJO**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E MENINAS NO ESTADO DE  
SERGIPE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Examinador 1

---

Examinador 2

---

Examinador 3

Aracaju

2018

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que me inspiraram durante toda a minha vida a ser sempre uma pessoa melhor. Mães, avós, irmãs, tias, primas, amigas, colegas professoras, médicas, cada uma de vocês foi responsável pela construção desse projeto.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar o dom da vida e me mostrar os melhores caminhos a seguir; sem Ele não conseguiria ter sabedoria e resiliência para finalizar essa etapa de conclusão de curso.

À minha família, pelo apoio incondicional durante essa jornada. Fernandes, meu pai, obrigado pelas dicas no texto e inspiração em ser um profissional como o senhor. Fátima, minha mãe, sempre se mostrando preocupada e cuidando de mim. Minha irmã, Juliana, também me auxiliando no que podia e sendo minha segunda protetora. Filipe, meu irmão, sempre me dando muito apoio e carinho. Vocês todos foram essenciais nessa jornada.

Arthur, não tenho palavras para descrever minha gratidão à sua valiosa ajuda, com orientações e correções do trabalho. Seu apoio emocional me deu forças para seguir em frente e mostrou as ferramentas para extrair o melhor de mim. Muito obrigado!

À minha orientadora Dra. Julia, por aceitar a me acompanhar nesse projeto e por ser essa profissional dedicada aos seus pacientes e alunos, sempre com descontração e carinho. Agradeço também a todos meus professores que foram essenciais na minha formação e me ajudaram a chegar nesse fim de curso.

Aos meus familiares e amigos, pela compreensão por não poder estar tão presente em suas vidas nessa reta final. Em especial, aos meus amigos de curso que compartilharam comigo essa jornada: Rebeca, Manoela, Thayana, Gilmar, Luana, Joventino, Nalim, Cleberton, Marcela e Luvi. Além de Luís e Nicolas, que me ajudaram muito, mesmo sem o convívio constante.

À Ranya, agradeço por me ajudar a manter a clareza e foco nesse período de turbulência.

*Não apenas aguarde, mas viva.*

*Não passe seus dias como se carregasse peada carga.*

*Com a mente fixa em aspetos de tristeza, você tem que apenas “suportar” ou “aguentar”. Mas a vida não é para ser “suportada” ou “aguentada”. Ela tem que ser “vivida”. Louvada em seu conteúdo belo e atraente.*

*Procure viver integrando alegria e responsabilidade. Otimismo e tranquilidade. Dê atenção ao lado bom de tudo. Note beleza ao seu redor. Perceba como os outros precisam de você.*

*Sinta-se útil.*

*A Vida responde de acordo com o que você lhe dá.*

Livro: Gotas de Esperança

Lourival Lopes

*Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem.*

Rosa Luxemburgo

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEAM: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

EUA: Estados Unidos da América

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IST: Infecções Sexualmente transmissíveis

OMS: Organização Mundial da Saúde

PEP: Profilaxia Pós-Exposição

SINAN: Sistema de Informação de Agravos Notificados

SUS: Sistema Único de Saúde

VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VPI: Violência por Parceiro Íntimo

## LISTA DE TABELAS

	<b>Página</b>
<b>Tabela 1.</b> Distribuição do número e percentual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra indivíduos do gênero feminino em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.	<b>48</b>
<b>Tabela 2.</b> Tipologia, meios de execução e relação do agressor com a vítima em casos de violência contra a mulher em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.	<b>49</b>
<b>Tabela 3.</b> Encaminhamentos e evoluções dos casos de violência doméstica contra a mulher em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.	<b>50</b>

**LISTA DE FIGURAS**

	<b>Página</b>
<b>Figura 1:</b> Distribuição percentual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências segundo sexo. Sergipe, 2009 a 2014.	<b>51</b>
<b>Figura 2:</b> Percentual de casos de violência doméstica em que há suspeita do consumo de álcool por parte do agressor em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.	<b>51</b>

## SUMÁRIO

<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	5
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	14
<b>NORMAS PARA PUBLICAÇÃO</b> .....	20
<b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....	32
RESUMO.....	33
ABSTRACT.....	34
INTRODUÇÃO .....	35
MATERIAL E MÉTODOS .....	36
RESULTADOS .....	37
DISCUSSÃO .....	39
CONCLUSÃO .....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
TABELAS .....	47
FIGURAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO</b> .....	52

## REVISÃO DE LITERATURA

---

A violência contra a mulher tem sido amplamente discutida devido à sua alta incidência em todo o mundo. Em 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório sobre o panorama da prevalência da violência contra a mulher e seu impacto na saúde das vítimas, mostrando uma estimativa de que 35,0% das mulheres no mundo sofrem violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou não parceiro. Isso ainda varia de acordo com as regiões, cultura, educação e existência de normas sociais que sobrepõem a autoridade masculina sobre a feminina. Tal realidade gerou a recomendação por parte da OMS de ofertar assistência de saúde em diversos locais e com diferentes profissionais preparados para atender as pacientes vítimas desse tipo de violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BASTOS DA SILVA *et al.*, 2015).

O termo violência de gênero, por sua vez, é um pouco mais amplo, pois alguns autores incluem não somente as mulheres, mas também crianças e adolescentes de ambos os sexos consideradas como possíveis vítimas da agressão exercida pelo homem no exercício de sua função patriarcal (SAFFIOTI, 2001). Nesse sentido, o uso da violência pode ser considerado como uma ferramenta de dominação, exploração e opressão, com o objetivo de manter uma hierarquia de desigualdade entre os gêneros e coisificar a vítima, que se mantém passiva e em silêncio (CHAUÍ, 1985; ROCHA, 2009).

No Brasil, a violência doméstica e familiar contra a mulher é definida pela Lei Maria da Penha no artigo número cinco como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006). Já o artigo sétimo define os tipos mais comuns de violência como:

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

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

- III. A violência sexual, entendida com qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- IV. A violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- V. A violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Com a implementação da Lei várias regras foram criadas e alteradas para punir e coibir os crimes de violência doméstica. Os agressores passaram a poder ser presos em flagrante ou ter sua prisão preventiva decretada, além de não ser mais permitida a punição com penas alternativas. Foram criadas medidas protetivas para a mulher como a remoção do agressor do domicílio e medidas restritivas impedindo sua aproximação da vítima. O caráter compulsório da ação penal foi definido e dessa forma, mesmo sem a vontade da vítima em abrir um processo penal, as entidades policiais que atendam qualquer vítima desta violência são responsáveis por iniciar os processos de casos suspeitos (LIMA *et al.*, 2017).

É importante destacar que, a Lei Maria da Penha, ao entender a complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres e seu combate, se sustentando em um tripé de Prevenção-Assistência-Repressão. A prevenção se dá por meio de combate a estereótipos e paradigmas sociais que submetem a mulher a um estado de inferioridade em relação ao homem, através de campanhas e educação continuada da população. A assistência é conseguida com a integração e articulação dos sistemas governamentais e não-governamentais que acolhem as mulheres vítimas. Já a repressão se dá pelos órgãos de Segurança Pública que precisam identificar e punir os agressores. Considerando esse tripé, é preciso investir na formação e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do Sistema de Segurança Pública, onde seus funcionários estejam sempre capacitados e treinados para a conscientização,

acolhimento, tratamento e punição nesses casos. Além dessa capacitação, a aplicação de outras políticas públicas e benefícios sociais por meio de órgãos destinados à proteção dessas mulheres se faz necessária. Um exemplo desses órgãos é a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), que é uma importante porta de entrada na rede de serviços de atenção e dispõe de recursos e profissionais treinados para tal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

De maneira geral os diferentes estudos existentes sobre a temática são de difícil comparação pois não abrangem populações homogêneas, nem têm instrumentos e condições de coleta padronizados, além de existirem definições heterogêneas de violência. Somado a isso, a maioria dos dados são apenas sobre violência física, geralmente mensurada por atos concretos, como tapas, socos e empurrões. Já as violências sexual e psicológica são pouco estudadas por serem de difícil conceituação e mensuração (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

A OMS em um estudo multicêntrico, embora tenha focado em violência física e sexual, percebeu também que o abuso emocional quase sempre precede outras formas de agressão. Parceiros que usam a violência para controlar a companheira geralmente usam diversas formas de poder para obter esse domínio: tais como a agressividade quando ela fala com outro homem, controle dos locais que ela frequenta e impedimento do acesso a serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Entender o perfil da vítima é essencial para a discussão mais profunda do tema, entretanto as relações de variáveis socioeconômicas com a violência de gênero ainda não são claramente explícitas e os trabalhos divergem muitos em seus resultados. Um exemplo disso é a idade da vítima, que alguns estudos mostram prevalência maior em jovens (VÁZQUEZ *et al.*, 2010), outros encontram maior número de casos em faixas etárias mais velhas (BABU & KAR, 2010), além dos estudos que não demonstram nenhuma associação com a idade das vítimas (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2011).

A escolaridade e níveis socioeconômicos mais elevados parecem, a princípio, dar mais autonomia e recursos para o reconhecimento e rompimento com relacionamentos abusivos por parte das vítimas. Entretanto, salários mais altos das mulheres podem gerar conflitos domésticos, como a tentativa de manutenção do poder masculino pela força física (VIEIRA *et al.*, 2011). Conforme afirma BARROS (1997), as mulheres que possuem um maior nível educacional têm uma percepção mais aguçada da violência, enquanto as mulheres de menor poder aquisitivo e educacional só percebem as agressões físicas como um tipo de violência.

De maneira geral as usuárias dos serviços de delegacias especializadas são de classe popular e baixo nível de instrução, já as mulheres com mais recursos costumam encontrar ajuda em consultórios ou escritórios particulares de médicos, psicólogos e advogados, o que leva a

sub-representação nas denúncias, fazendo existir uma maior relação da violência contra a mulher com a pobreza (GADONI-COSTA *et al.*, 2011). BAIGORRIA e colaboradores (2017) encontraram em sua revisão sistemática a forte relação do acesso ao estudo e emprego como fatores de enfretamento e proteção às violências de gênero, o que gera uma necessidade de investimento em políticas públicas que priorizem a educação das mulheres.

A questão racial é outro ponto importante, visto que em diversos países, incluindo o Brasil, as mulheres negras aparecem como a maioria das vítimas de violência. Segundo os dados apresentados no Mapa da Violência 2010, morreram 48,0% mais mulheres negras do que brancas vítimas de homicídio, diferença que vem se mantendo ao longo dos anos (BRASIL, 2014). As questões de sexismo e racismo estão muito relacionadas e a mulher negra apresenta uma maior vulnerabilidade, pois tem menos acesso aos equipamentos sociais e de saúde (MOURA, 2009). A exemplo disso, o Mapa da Violência de 2015 demonstrou que o número de homicídios de mulheres brancas teve uma queda de 9,8% no período de 2003 a 2013, enquanto o número de homicídios de mulheres negras aumentou em 54,2% nesse mesmo período (WAISELFISZ, 2015). Em um outro estudo com aplicação de questionários em mulheres atendidas em uma Delegacia da Mulher em Porto Alegre (SILVA-SILVEIRA *et al.*, 2014) foi encontrada uma prevalência maior em mulheres que se autodeclaravam negras e, em especial aquelas, de menor escolaridade. Nesse sentido, a questão racial no debate da violência é de suma importância.

Quanto à prática da violência, frequentemente ela é realizada pelo parceiro íntimo, podendo ele representar uma parcela maior do que todos os outros agressores (MIRANDA *et al.*, 2010). Entretanto, outras pessoas próximas às vítimas podem ser os agressores. SCHIRAIER & D'OLIVEIRA (1999) e GARBIN e colaboradores (2006) destacam, além dos maridos, os pais, filhos, namorados e ex-namorados, além de outros parentes e pessoas que vivam ou frequentem a casa da vítima. Já um estudo comparando cidades da Zona da Mata Pernambucana com o município de São Paulo (SP), encontrou maior vulnerabilidade de mulheres separadas em ambas as localidades, porém havendo maior associação da união informal como fator de risco para violência na Zona da Mata Pernambucana e um destaque para mulheres viúvas em São Paulo. Embora cada localidade tenha sua especificidade cultural, uma constante é a participação do parceiro íntimo nesses cenários de violência (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Em geral o agressor possui um vínculo de afetividade, de parentesco ou de dependência econômica, e a denúncia dessas agressões é adiada. Podendo ocorrer ameaças para manter a vítima sob seu jugo e perpetuação desse padrão. Muitas vezes as mulheres se mantêm nessas

relações por muito tempo, até que se esgote a esperança numa melhoria da relação (BARROS, 1997).

Ainda em relação ao agressor, o uso de álcool pode estar presente em muitos casos, GRAHAM (2008) aborda a temática comparando múltiplos estudos que associam o uso abusivo de álcool e o estado de embriagues com o aumento do risco de violência contra a mulher nas Américas, entretanto muitos desses estudos não discriminam se o abuso de álcool foi por parte do homem, da mulher ou de ambos.

As classificações da gravidade da agressão, medo, perturbação e raiva confirmam que, embora ambos os homens e as mulheres se envolvem em agressão do parceiro, a experiência é mais grave para o sexo feminino do que para vítimas masculinas; assim, esses achados reforçam a prioridade dada à interrupção da violência contra as mulheres. Em quase todos os países, também foram encontradas diferenças de gênero no percentual de entrevistados que relataram ter bebido no momento do incidente, sendo especialmente provável que as vítimas do sexo feminino relatem que o parceiro ou ambos os estavam bebendo. Assim, o uso de álcool parece ser particularmente importante em termos de violência contra as mulheres. (GRAHAM, 2008, p.246)

DE MELLO AMARAL e colaboradores (2016) ressaltam que o consumo de drogas ilícitas e álcool pode ser fator desencadeante para os atos violentos, porém ainda é pouco debatida a questão das drogas ilícitas no cenário da violência doméstica. Somado a isso, VIEIRA e colaboradores (2014) ressaltam ainda que não é possível determinar precisamente um nexo causal entre o uso de álcool e outras drogas com os casos de violência, visto que existem muitos fatores do meio, personalidade do agressor, dinâmica social e normas culturais vigentes que interferem nessas situações.

A violência doméstica tem um grande impacto na vida da vítima, porém é de difícil mensuração devido à sua complexidade. Existem perdas relacionadas a gastos na saúde da mulher agredida, diminuição de produtividade laboral por lesões físicas, estresse psicológico e sequelas permanentes, além da contração de infecções sexualmente transmissíveis (IST) como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), gravidezes indesejadas e podendo chegar à morte por violência – o chamado feminicídio (MIRANDA *et al.*, 2010; GARCIA *et al.*, 2015; CECCON & MENEGHEL, 2015).

Quanto à perda socioeconômica, estudos nacionais mensurando o impacto no mercado de trabalho ainda são escassos, mas estatísticas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) do ano de 2003 estimaram uma perda de US\$ 5,8 bilhões por ano nos Estados Unidos da América por causa de situações relacionadas a violência doméstica (violência física, sexual, perseguição e homicídios). (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003; CARVALHO & OLIVEIRA, 2017). A esse respeito podemos detalhar as estimativas do prejuízo nos Estados Unidos:

Cerca de 5,3 milhões de casos de violência por parceiro íntimo (VPI) ocorrem por anos nos Estados Unidos em mulheres de 18 anos ou mais, e perto de 1.300 mulheres perdem suas vidas em decorrência da VPI. Baseada nessas estimativas, essa violência custa ao país mais do que o estimado de US\$5,8 bilhões anualmente – cerca de US\$4,1 bilhões por assistência médica e de saúde mental, US\$0,9 bilhões em perda de produtividade, e US\$0,9 bilhões em perdas por homicídios. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003, p. 43)

A capacidade laboral da mulher é afetada a curto prazo por episódios de absenteísmo, atrasos no trabalho, redução produtividade e perda de emprego, além de consequências a longo prazo como redução salários, subemprego e dificuldade em progredir na carreira (CARVALHO & OLIVEIRA, 2017).

A saúde física e mental das vítimas é prejudicada pelos atos violentos aos quais elas são submetidas. O estresse psíquico pode gerar sintomas como hipertensão arterial, problemas gastrintestinais e geniturinários, além de sintomas de ansiedade e insônia, depressão, distúrbios sociais e comportamentos suicidas (MIRANDA *et al.*, 2010; ADEODATO *et al.*, 2015). Por consequência, o abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, lícitas ou não, pode ser considerado comum entre as vítimas, caracterizando uma forma de tentar aliviar as dores e estresses oriundos dos traumas sofridos (FERREIRA *et al.*, 2016).

As agressões físicas geram traumatismos com fraturas, sangramentos, contusões, e queimaduras, além de agravos de saúde como dores crônicas, deformidades físicas e osteoartrite (GARBIN *et al.*, 2006; MIRANDA *et al.*, 2010). Tapas, arremesso de objetos, socos e pontapés são os meios de agressão mais frequentes, sendo o rosto e cabeça as partes mais atingidas pelas

lesões, seguidos dos membros superiores, inferiores e tronco (GARBIN *et al.*, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A saúde reprodutiva da vítima também pode ser afetada na medida em que as agressões podem levar a dores pélvicas crônicas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), doença inflamatória pélvica e gravidezes indesejadas (ANDRADE & FONSECA, 2008). Nos casos de estupro o Código Penal permite a realização do aborto assistido pelo médico se houver risco de morte da gestante ou se a gravidez resulta de um estupro, desde que o procedimento seja consentido pela vítima ou por seu representante legal (BRASIL, 1940). Outra situação crítica é a de abusos durante a gravidez, que interferem na saúde do binômio materno-infantil. As principais consequências desses casos são a diminuição do peso do feto ao nascer, prematuridade, restrição do crescimento intra-uterino, maior morbidade e mortalidade neonatal, além do maior risco de abortamento espontâneo (CARVALHO & OLIVEIRA, 2016).

Quanto às IST temos em destaque o HIV, visto que já foi observado em alguns trabalhos uma maior prevalência da violência contra mulheres portadoras do vírus. Em um município de médio porte do sul do Brasil, foi observado que 72,7% das mulheres com HIV referiam violência psicológica, 54,6% sofriam violência física e 25,4% eram vítimas de violência sexual (CECCON & MENEGHEL, 2015). No Quênia, 40,0% das vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo eram portadoras do vírus da imunodeficiência (FONCK *et al.*, 2005); já na Índia, as mulheres que sofreram violência física ou sexual por parte de seus companheiros tinham 4 vezes mais chances de serem HIV positivas (SILVERMAN *et al.*, 2008).

No atendimento inicial a pessoas vítimas de violência sexual, o Ministério da Saúde orienta que uma Profilaxia Pós-Exposição (PEP) seja indicada nos casos de risco de infecção por HIV. São casos de risco os que apresentam contato com material biológico como sangue, sêmen e fluidos vaginais, em exposições de mucosas, contato com pele não íntegra, mordedura com sangue e inoculações percutâneas. Nesses casos, fica indicado o início de uma terapia de emergência em menos de 72 horas com drogas antirretrovirais (BRASIL, 2017). Outras IST como a Sífilis, a Gonorreia, a infecção por *C. trachomatis* e a Tricomoníase também são um risco nos casos de violência sexual e precisam de tratamento preventivo, visto que o seguimento clínico nem sempre é possível. Além das Hepatites Virais que também merecem destaque e fluxograma de atendimento próprio preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Quando os atos violentos levam à instância máxima de sua gravidade temos o chamado feminicídio, que é o termo usado para descrever as mortes de mulheres e meninas em decorrência de seu gênero (RADFORD & RUSSEL; 1992). Recentemente foi criada no Brasil a Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015), que modifica o Código Penal para enquadrar esse tipo

de crime numa categoria de maior gravidade, aumentando as penas em um terço ou até metade da pena se o crime for praticado em situações específicas. Tais situações de agravamento são quando o crime ocorre durante a gestação e até três meses após o parto, contra menores de catorze anos ou maiores de sessenta anos ou quando o assassinato é executado na frente de pais ou filhos da vítima (BRASIL 2015; MACARINI & MIRANDA, 2018).

A prevalência de feminicídios no Brasil é elevada, visto que uma mulher é morta de maneira violenta a cada hora e meia no país (GARCIA *et al.*, 2015). É importante destacar que os ataques fatais geralmente são precedidos por agressões variadas que podem ser apenas tapas e empurrões até mulheres que sofrem frequentes lesões que ameacem as suas vidas. Embora as agressões sofram uma evolução gradual, boa parte das mulheres que sobrevivem às tentativas de homicídio relatam que não imaginavam que as agressões chegassem ao ponto de quase morte. Além disso, é comum que as tentativas de homicídio ocorram em situações de mudança no relacionamento, como em tentativas de separações não aceitas pelo parceiro (NICOLAIDIS *et al.*, 2003). Outra característica é a associação entre os índices de mortalidade masculina e índices de feminicídios, demonstrando que em locais onde as mortes masculinas são provocadas por outros homens ocorre um maior número de mortes femininas em ambiente doméstico. Nesse sentido, sociedades mais violentas geram dinâmicas sociais mais conturbadas e as mulheres sofrem em seus lares os impactos desse desarranjo social (LEITES *et al.*, 2014; MOLINATTI & ACOSTA, 2015).

Os impactos da violência contra a mulher não se restringem à vítima direta. As crianças que vivem em um ambiente de agressões e ameaças sofrem por exposição direta ou indireta à violência. De forma direta as crianças e adolescentes podem ser agredidas pelo genitor e indiretamente pode ocorrer o testemunho dos episódios de agressão. Esse segundo cenário é uma forma de violência psicológica que gera traumas e impactos em toda a vida das crianças. É comum que pessoas que testemunhem atos violentos contra suas mães durante a infância se tornem perpetuadores desses comportamentos na vida adulta: meninas se tornam vítimas e meninos se tornam agressores, reproduzindo assim o ciclo de agressões (CARVALHO & OLIVEIRA, 2016).

As mulheres acometidas pela violência de gênero comumente precisam buscar atendimento médico em algum momento de sua vida e, no Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) costumam ser a porta de entrada para o atendimento dessas vítimas (PLAZOALA-CASTAÑO *et al.*, 2008; PIEROTTI *et al.*, 2018). Os serviços de polícia/delegacia e unidades de pronto socorro também atuam nesses casos e merecem atenção e profissionais capacitados. É preciso que haja um modelo de atendimento integral e

intersetorial articulando os serviços de polícia, segurança, jurídico, assistência social e atenção à saúde para melhor atender as vítimas. Para tal é necessário um diálogo entre as instituições que compõem essa rede e os funcionários envolvidos precisam de formação específica, treinamento e atualizações constantes para melhor dar assistência às pessoas atendidas (BASTOS DA SILVA *et al.*, 2015).

Desde o ano de 2003 a legislação brasileira determina que os casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados sejam de notificação compulsória e a partir de 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) ficou responsável pela obtenção dos dados e divulgação das informações através do Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) (BRASIL, 2003; ASSIS *et al.*, 2012). Entretanto, ASSIS e colaboradores (2012) ressaltam que embora a implementação de uma ficha única seja um grande avanço para a notificação de violências, ainda existem muitos entraves na universalização das informações, pois ainda é essencial investir em capacitação profissional para melhor preenchimento dos dados.

Um dos maiores desafios para a abordagem da temática da violência contra a mulher é que o tema é pouco abordado na formação dos profissionais da saúde. Tanto na graduação quanto na pós-graduação o tema é pouco discutido e, quando o é, é feito de forma pontual em situações específicas como nos casos de violência sexual. Esse despreparo da maioria dos médicos, enfermeiros e odontólogos gera dificuldades em identificar o agravo e as condutas a serem tomadas (CORDEIRO *et al.*, 2015). É importante que o profissional da saúde busque em seus atendimentos sinais de maus tratos e agressões para minimizar os danos e romper o ciclo da violência, visto que contar com apoio, sentir-se escutada, reforçar suas capacidades e reconhecer e potencializar seus recursos internos é essencial para sair dessas situações muitas vezes enraizadas na vida de tantas mulheres (ALONSO, 2015).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ADEODATO, Vanessa Gurgel *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.

ALONSO, Fernández. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género.¿ Hemos superado el reto?. **Atención Primaria**, v. 47, n. 3, p. 129-130, 2015.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2008.

ASSIS, Simone Gonçalves de *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2305-2317, 2012.

BABU, Bontha V.; KAR, Shantanu K. Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration. **Public health**, v. 124, n. 3, p. 136-148, 2010.

BAIGORRIA, Judizeli *et al.* Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 818-826, 2017.

BARROS, Zelinda. Em briga de marido e mulher a DPM mete a colher: aspectos do cotidiano da Delegacia de Proteção à Mulher de Salvador. **Bahia, análise e dados. Salvador: SEI**, 1997.

BASTOS DA SILVA, Ethel; DE MELLO PADOIN, Stela Maris; CARNEIRO VIANNA, Lucila Amaral. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto - Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10.3.2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Dispões sobre a notificação compulsória pelos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nov 2003.

\_\_\_\_\_. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha: que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, Brasília,DF, ago 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres — 25 anos de conquistas – Deams. **Diário Oficial da União**, Brasília, Ministério da Justiça, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento e Vigilância, Prevenção e Controles das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos. Mapa da Violência 2010. **Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres**. 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/diversidade-das-mulheres/negras/dados/dados>. Acesso em 03/08/2018 às 22:18.

CARVALHO, José Raimundo; OLIVEIRA, Victor Hugo. **Pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher: prevalência da**

**violência doméstica e impacto nas novas gerações.** Relatório Executivo I: Prevalência da Violência Doméstica e o Impacto nas Novas Gerações. 2016.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher: prevalência da violência doméstica e impacto nas novas gerações.** Relatório Executivo II: Violência Doméstica e seu Impacto no Mercado de Trabalho e na Produtividade das Mulheres. 2017.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 287-292, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Costs of intimate partner violence against women in the United States. In: **Costs of intimate partner violence against women in the United States.** CDC, 2003.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas antropológicas da mulher**, v. 4, p. 23-62, 1985.

CORDEIRO, Kátia Cordélia Cunha et al. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

DE MELLO AMARAL, Luana Bandeira et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016.

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

FERREIRA, Rebeca Monteiro et al. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3937-3946, 2016.

FONCK, Karoline *et al.* Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. **AIDS and Behavior**, v. 9, n. 3, p. 335-339, 2005.

GADONI-COSTA, Lila Maria; ZUCATTI, Ana Paula Noronha; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 2, p. 219-227, 2011.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2567-2573, 2006.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4-5, p. 251-257, 2015.

GRAHAM, Kathryn Marie. **Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas**. Pan American Health Org, 2008.

LEITES, Gabriela Tomedi; MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Noemi. Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 642-653, 2014.

LIMA, Milka Oliveira; SOUZA, Ellem Dayanne Rodrigues Vinhal; SILVA, Fábio Araújo. Violência doméstica: evolução do tipo penal. **Revista Cereus**, v. 9, n. 4, p. 189-205, 2017.

MACARINI, Samira Mafioletti; MIRANDA, Karla Paris. Atuação da psicologia no âmbito da violência conjugal em uma delegacia de atendimento à mulher. **Pensando familias**, v. 22, n. 1, p. 163-178, 2018.

MIRANDA, Milma Pires de Melo; DE PAULA, Cristiane Silvestre; BORDIN, Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(4):300-8.

MOLINATTI, Florencia; ACOSTA, Laura Débora. **Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001-2011**. 2015.

MOURA, Maria de Jesus. **A produção de sentidos sobre a violência racial no atendimento psicológico a mulheres que denunciam violência de gênero.** 2009. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

NICOLAIDIS, Christina et al. Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. **Journal of General Internal Medicine**, v. 18, n. 10, p. 788-794, 2003.

PIEROTTI, Camila Faria; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; TERRA, Maria Fernanda. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 63, n. 1, p. 12-18, 2018.

PLAZAOLA-CASTAÑO, Juncal; RUIZ-PÉREZ, Isabel; MONTERO-PIÑAR, María Isabel. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. **Gaceta Sanitaria**, v. 22, n. 6, p. 527-533, 2008.

RADFORD, Jill; RUSSEL, Diana EH. **Feminicidio: La política del asesinato de las mujeres** Trad. de Femicide: The Politics of Woman Killing. 1992.

ROCHA, Luis Fernando. A violência contra a mulher e a Lei “Maria da Penha”: alguns apontamentos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 1, p. 13-13, 2018.

SAFFIOTI, Heleieth IB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 3, p. 13-26, 1999.

SILVA-SILVEIRA, Raquel da; NARDI, Henrique; SPINDLER, Giselle. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 8, 2014.

SILVERMAN, Jay G. *et al.* Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. **Jama**, v. 300, n. 6, p. 703-710, 2008.

VÁZQUEZ, Fernando et al. Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. **Psicothema**, v. 22, n. 2, p. 196-201, 2010.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista brasileira de enfermagem. Brasília. Vol. 67, n. 3 (maio/jun. 2014), p. 366-72**, 2014.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil**. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013.

---

**REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA****Ciência & Saúde Coletiva**ISSN 1413-8123 *versão impressa*ISSN 1678-4561 *versão online***INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

- Instruções para colaboradores
- Orientações para organização de números temáticos
- Recomendações para a submissão de artigos
- Apresentação de manuscritos

**Instruções para colaboradores**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

**Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

## SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento

da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

#### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas

iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte.

OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

## 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

## 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

## 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

## 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

## 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

## 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.

Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:

<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

---

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E MENINAS NO ESTADO DE SERGIPE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

**DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN AND GIRLS IN THE OF SERGIPE: A PUBLIC HEALTH MATTER**

**Rafael Rocha de Araújo<sup>1</sup>;**

**Arthur Oliveira da Cruz<sup>2</sup>;**

**Julia Maria Gonçalves Dias<sup>1</sup>;**

<sup>1</sup>Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Av. Cláudio Batista s/n, Aracaju, Sergipe, Brasil.

<sup>2</sup>Laboratório de Mastozoologia, Programa de Pós-graduação em Ecologia e Conservação, Universidade Federal de Sergipe, Av. Marechal Rondon s/n, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Endereço para correspondência:

Rafael Rocha de Araújo

+55 79 998070-0180 / +55 79 3221-5002

[rafaelrocha.92.rr@gmail.com](mailto:rafaelrocha.92.rr@gmail.com) / [rafaelrocha\\_92@hotmail.com](mailto:rafaelrocha_92@hotmail.com)

## RESUMO

A violência doméstica contra a mulher é definida na Lei Maria da Penha como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico. O presente trabalho objetivou caracterizar o perfil da violência doméstica em Sergipe no período de 2009 a 2014, através de dados secundários de notificação compulsória. Foram analisadas variáveis referentes à vítima, ao agressor e à ocorrência. Nas 2.754 notificações prevaleceu meninas de 10 a 19 anos (38,8%), da cor parda (46,4%) e com escolaridade entre 5 a 8 anos de estudo (15,9%). O local foi a residência da vítima (45,9%), os agressores amigos/conhecidos (18,4%), com taxa de reincidência de 29,5% e elevada suspeita de consumo de álcool pelo agressor (19,0%). As violências sexual e física (51,4 e 25,1%) tiveram destaque; com o uso de força corporal como meio de violência (30,0%) e o estupro o principal tipo de violência sexual (65,7%). A qualidade da informação das notificações é muito discutível, visto que muitas variáveis são mal preenchidas. A falta de informações precisas prejudica o conhecimento do fenômeno, interferindo nas ações de combate e planejamento dos serviços de saúde, sendo necessário um melhor preparo dos profissionais que lidam com essas situações.

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

## ABSTRACT

Domestic violence against women is defined in the Maria da Penha Law as any action or omission based on gender that causes death, injury, physical, sexual or psychological suffering. The present study aimed to characterize the profile of domestic violence in Sergipe in the period from 2009 to 2014, through secondary data of compulsory notification. Variables related to the victim, the aggressor and the occurrence were analyzed. In the 2,754 notifications, girls aged 10 to 19 years (38.8%), brown (46.4%) and with level of education between 5 and 8 years of study (15.9%) prevailed. The place of occurrence was the residence of the victim (45.9%), the aggressors were friends/acquaintances (18.4%), with recidivism rate of 29.5% and high suspicion of alcohol consumption by the aggressor (19.0%). Sexual and physical violence (51.4 and 25.1%) were highlighted; with the use of corporal force as a means of violence (30.0%) and rape the main type of sexual violence (65.7%). The quality of reporting information is debatable since many variables are poorly filled out. The lack of precise information impairs the knowledge of the phenomenon, interfering in the actions of combat and planning of the health services, being necessary a better preparation of the professionals that deal with these situations.

**Key-words: Domestic violence; Violence against women; Compulsory notification.**

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher é definida na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006) como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial<sup>1</sup>. A Lei tem esse nome em homenagem à farmacêutica cearense Maria da Penha Maia Fernandes que, em 1983, sofreu duas tentativas de homicídio por parte do seu marido. Após sair de casa com suas filhas e buscar ajuda só conseguiu vê-lo punido 19 anos depois, com uma condenação de 10 anos de prisão, dos quais somente dois foram cumpridos em regime fechado. Em protesto, diversas manifestações de movimentos feministas foram organizadas no país, resultando na realização de audiências públicas pela Câmara dos Deputados e a consequente aprovação da Lei. Nesse sentido, o país tem o intuito de oferecer às mulheres uma ferramenta de proteção contra a violência, não somente no âmbito familiar, ao passo em que combate também a impunidade dos agressores<sup>2</sup>.

Os atentados à mulher partem principalmente de maridos, pais e filhos, seguidos por namorados, ex-namorados e conhecidos. Nessas situações as lesões corporais e maus-tratos variam muito quanto à classificação, agente causador, local e idade das vítimas<sup>3</sup>. Do ponto de vista da saúde, os danos às vítimas se dão através de mecanismos diretos e indiretos de agressão que levam a traumas e sequelas resultantes do espancamento, bem como o estresse psicológico crônico, depressão e baixa autoestima<sup>3, 4</sup>. Casos de óbito também são muito comuns, caracterizando a expressão máxima da violência contra a mulher, o que tem levado o movimento feminista a empregar o termo “feminicídio” para referir-se à morte de uma mulher causada por um homem em razão de conflito de gênero<sup>5</sup>.

As consequências desse tipo de violência afetam diversos segmentos da sociedade, desequilibrando as esferas econômica, emocional e familiar, caracterizando a violência doméstica como a forma mais comum de maus tratos contra a mulher e, dessa forma, devendo ser detectada pelo profissional de saúde e encarada como questão de saúde pública<sup>3</sup>. Este cenário é ainda mais alarmante em função da recorrência dos casos, resultando em um alto impacto socioeconômico ao gerar gastos em cuidados à saúde física e mental das pacientes, além da perda de produtividade das vítimas não fatais<sup>4</sup>.

Anteriormente à Lei Maria da Penha, na Lei de nº 10.778, de 24 de dezembro de 2003, foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher sofridos por vítimas atendidas em serviços de saúde públicos ou privados<sup>6</sup>. Os profissionais de saúde, principalmente na atenção primária, têm um importante papel na detecção precoce desse

problema, entretanto os médicos de família apresentam um baixo envolvimento nesse processo, seja por treinamento insuficiente, falta de habilidades gerenciais, medo das implicações legais, resistência ao reconhecimento do papel do profissional quanto à violência de gênero, dentre outras causas<sup>7</sup>. Apesar disso, a intervenção nas situações de violência cabe a todos que atuam nesses setores e eles devem ser preparados para atender esse tipo de usuária<sup>3</sup>.

Sendo um agravo de notificação compulsória, as informações sobre violência doméstica possuem uma ficha própria que deve ser preenchida pelo profissional que suspeite ou confirme o caso de violência e encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais. Essas informações abastecem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, parte do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde - DATASUS, que tem como objetivo o registro e processamento desses dados e análise do perfil de morbidade, contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal<sup>8</sup>. Entretanto, esse sistema de informação está em constante modificação e, algumas vezes, não permite sua utilização em uma análise mais profunda acerca de determinados dados a longo prazo, sendo também pouco comum sua aplicação em trabalhos científicos<sup>9</sup>. Nesse sentido, considerando a relevância da violência contra a mulher como um problema de saúde pública e a importância do SINAN como ferramenta de notificação, torna-se necessário o uso de seus dados em mais trabalhos que fomentem o debate sobre o tema e busquem soluções para a questão.

Para tal, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil da violência doméstica contra mulheres em Sergipe, no período de 2009 a 2014, através do uso de dados de notificação compulsória do SINAN, disponíveis na base de dados do DATASUS. A partir dessas informações será possível identificar as formas mais comuns de violência doméstica no estado e definir o perfil da vítima e do agressor, assim como o desfecho de evolução e encaminhamento desses casos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente trabalho tem caráter descritivo e retrospectivo e realizou o levantamento e apreciação dos dados referentes aos casos de violência doméstica contra a mulher no estado de Sergipe disponíveis no Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>)<sup>10</sup>. Esse tipo de ferramenta de dados públicos permite a identificação da realidade epidemiológica de agravos e doenças de

notificação compulsória como a violência doméstica. Seu uso sistemático e descentralizado permite que os profissionais da saúde tenham acesso a informação e tornem disponíveis para a comunidade, além de auxiliar o planejamento e definir prioridades de intervenção.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2018 através da seleção de variáveis da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais, disponíveis no *website* do DATASUS<sup>10, 11</sup>. Os dados são referentes aos casos de vítimas do sexo feminino entre os anos de 2009 e 2014 notificados no estado de Sergipe. Para evitar algum tipo de viés nas informações obtidas, os dados foram filtrados a partir das próprias ferramentas do DATASUS com o objetivo de excluir os casos de violência sobre a forma de lesões autoprovocadas pelas pacientes.

Embora nem todas as variáveis da Ficha de Notificação estejam disponíveis para domínio público, a base de dados do DATASUS fornece informações variáveis importantes que foram avaliadas nesse trabalho. Foram elas: faixa etária, raça e escolaridade, local da ocorrência, violência de repetição, meio da agressão e tipos de violência, tipos de violência sexual; relação da a pessoa atendida com o autor da agressão e suspeita de uso de álcool pelo agressor; encaminhamento e evolução do caso. Os mesmos foram apresentados em frequência absoluta e relativa, através da confecção de tabelas e gráficos com o auxílio do *software* Microsoft Excel®.

Por se tratarem de dados secundários da base de informações do SUS de livre acesso, o presente estudo não possui restrições éticas para sua condução e não precisou de apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa para sua condução. As informações pessoais das vítimas não são disponíveis, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações, conforme diretrizes da Resolução nº 466,2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Durante o período de 2009 a 2014 foram registradas 2.754 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra mulheres e meninas no estado de Sergipe. Esse número corresponde a 76,5% do total de 3.602 casos de violência doméstica no estado nesse mesmo período (**Figura 1**).

Das 2.754 notificações do sexo feminino, 1.068 (38,8%) estão na faixa etária de 10 a 19 anos, 853 (31,0%) são mulheres adultas de 20 a 59 anos, 716 (26,0%) são meninas menores de 10 anos, 112 (4,1%) são idosas maiores de 60 anos e 5 indivíduos (0,2%) com idade ignorada.

Quanto à raça, 1.279 mulheres (46,4%) se declararam pardas, 331 (12,0%) brancas, 189 (6,9%) pretas e uma grande parcela de 935 (34,0%) não tinham essa informação disponível. O nível de escolaridade foi um parâmetro que teve suas informações ignoradas ou não declaradas em sua maioria dos casos, sendo 1.264 (45,9%) casos sem essa informação, além de 509 (18,5%) casos em que a variável não se aplicava por se tratar de menores de 10 anos. As analfabetas corresponderam a apenas 44 (1,6%) das notificações, enquanto 367 (13,3%) mulheres tinham estudado da 1ª a 4ª série do ensino fundamental completa ou incompleta, 438 (15,9%) tinham 5ª a 8ª série completa ou incompleta, enquanto apenas 97 (3,5%) possuíam ensino médio completo ou incompleto e 35 (1,3%) apresentam ensino superior completo ou incompleto no momento da notificação (**Tabela 1**).

É possível destacar o principal local de ocorrência como sendo a residência da vítima, representando 1.263 (45,9%) dos casos, seguido de outros lugares (9,6%) e via pública (9,3%), sendo que boa parte das fichas de notificação não tinham informações do local da ocorrência (31,2%). Ainda na Tabela 1 observamos que 812 (29,5%) dos casos eram um caso repetido de violência, enquanto 725 (26,3%) não eram violência de repetição, além da importante parcela de 44,2% dos casos que possuíam informações em branco ou ignoradas.

As informações referentes à tipologia da violência, os meios de agressão, os tipos de violência sexual e as relações entre agressor e vítima são variáveis podem ser assinaladas em mais de uma opção na ficha de notificação do SINAN e cada variável é assinalada com as opções “Sim”, “Não” ou “Ignorado/Em branco”. Por isso suas frequências são independentes e as respostas assinaladas como “Sim” não totalizam 100,0%.

Quanto à tipologia, foram 1.416 (51,4%) casos de violência sexual, 1.008 (36,6%) casos de violência física, 690 (25,1%) notificações de violência psicológica/moral, além de 389 (14,1%) relatos de negligência ou abandono. Quanto aos meios de execução da agressão, foram encontrados 825 (30,0%) casos de uso de força corporal, 328 (11,9%) relatos de ameaça, 112 (4,1%) usaram arma branca e 79 (2,9%) arma de fogo. Nos casos de violência sexual as denúncias de estupro tiveram destaque com 1.005 (65,7%) casos, seguido de outras violências sexuais (10,8%), atentado violento ao pudor (5,6%) e assédio sexual (3,3%) (**Tabela 2**).

É importante destacar que as taxas de notificações ignoradas ou em branco são expressivas em todas as variáveis observadas até agora. Quanto à tipologia de violência as variáveis sem informação variaram de 7,7% a 20,5%. O meio de agressão foi mais subnotificado, com dados incompletos variando de 34,7% a 41,0%. Por fim, nos casos de violência sexual essas lacunas no preenchimento da ficha variam de 12,9% nos casos de estupro até 69,6% nos casos de pornografia infantil.

Em relação aos principais suspeitos de serem autores dos casos de violência doméstica, em primeiro lugar ficaram os amigos/conhecidos, com 18,4% dos casos, seguidos de desconhecidos (8,9%), mãe (8,0%), outros vínculos (7,9%), pai (7,4%), cônjuge (6,9%) e namorado(a) (6,4%).

A associação a suspeita do uso de álcool por parte do agressor com os casos de violência doméstica se mostrou positiva em 19,0% dos casos, contra 24,1% que não tinham relação alguma e 56,9% que não possuíam essa informação discriminada na ficha de notificação (**Figura 2**).

Por fim, do total de casos, os dados referentes ao encaminhamento e evolução do atendimento pelo profissional de saúde demonstram que 1.643 (59,7%) pacientes tiveram encaminhamento ambulatorial, enquanto 140 (5,1%) tiveram desfecho de internação hospitalar e os demais casos não tinham informações sobre encaminhamento (2,6% não se aplica e 32,6% ignorado ou em branco). Quanto à evolução do caso, os dados disponíveis no SINAN mostram que 1.001 (41,7%) das vítimas receberam alta no momento da notificação, 83 (3,5%) evadiram da unidade de atendimento, apenas 5 (0,2%) das fichas do SINAN evoluíram em óbito por violência e 65,9% dos casos ficaram sem essa informação (ignorado/em branco) (**Tabela 3**).

## DISCUSSÃO

O presente estudo é original em coletar os dados de notificação de violência doméstica feminina no estado de Sergipe, presentes no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O uso do SINAN é importante para atender as demandas e entender melhor o perfil de morbidade do Estado. Entretanto o sistema ainda possui limitações e precisa de constantes atualizações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

Os dados iniciais desse estudo mostraram a prevalência de indivíduos do sexo feminino como vítimas da violência doméstica, embora também existem muitos casos no sexo masculino. É importante destacar que, ao comparar os dados de idade com sexo na plataforma do DATASUS, as faixas etárias de crianças e adolescentes apresentam grande prevalência em ambos os sexos com predomínio feminino, já na vida adulta somente as mulheres apresentam elevados números de notificação. A literatura define que violência doméstica pode abranger mulheres e homens como possíveis vítimas, entretanto os conceitos de patriarcado põem a mulher num regime de dominação-exploração com o objetivo de manter o poder masculino<sup>13</sup>. A literatura destaca que uma mulher pode praticar violência física contra seu companheiro, mas

a mulher enquanto categoria social não tem um projeto de dominação-exploração dos homens como o presente no patriarcado. Já em relação às crianças e adolescentes, as mulheres costumam exercer a função patriarcal por delegação, dessa forma, mães, professoras e babás costumam ser perpetuadoras da violência doméstica, o que explica os elevados índices de notificação nas faixas etárias de crianças e adolescentes de ambos os sexos<sup>14</sup>.

Ao avaliar a idade dos casos dos casos notificados, observamos o destaque das faixas etárias que englobam crianças menores de 10 anos e adolescentes e jovens de 10 a 19 anos, respectivamente em terceiro e primeiro lugar. As mulheres adultas de 20 a 59 anos ficaram apenas em segundo lugar embora representem uma faixa etária mais abrangente. Esses dados se assemelham com os de GARBIN *et al.*<sup>3</sup>, que encontraram uma distribuição da vitimação de mulheres de praticamente todas as idades, com destaque para a faixa etária de 0 a 15 anos (51,5%), seguida das mulheres de 30 a 45 (18,2%) e das jovens de 15 a 30 anos (5,1%). O grande número de casos em menores de idade pode ser explicado pela legislação sobre maus tratos ser melhor regularizada há mais tempo no artigo de número 136 do Código Penal, que garante que as autoridades policiais instaurem inquérito policial e punam culpados<sup>15</sup>. O mesmo não ocorre nos casos de mulheres adultas que até o ano de 2015 tinham a faculdade de denunciar ou não os abusos que sofriam, e muitas vezes elas optavam por desistir de levar o processo adiante por medo, vergonha, dependência financeira e afetiva, ou por desacreditarem nas instituições jurídicas<sup>3</sup>. Com a da Lei do Feminicídio de 2015, a pena nesses casos foi aumentada e foi instaurado o caráter compulsório do inquérito policial, independentemente da vítima querer ou não manter a denúncia contra o agressor<sup>6</sup>.

O mesmo resultado não foi encontrado nos estudos de MIRANDA *et al.* e GADONI-COSTA *et al.*, que encontraram médias de idade de  $33,4 \pm 7,6$  anos e  $36,9 \pm 13,1$  respectivamente<sup>4, 17</sup>. É importante destacar que esses estudos usados para comparação foram feitos com dados coletados em serviços especializados de violência contra a mulher. O mesmo não ocorre com os dados de notificação compulsória, que abrangem a ação profissionais de saúde atuantes em qualquer serviço, incluindo os não especializados, o que poderia explicar essas diferenças amostrais.

Quando avaliamos os dados de raça/etnia encontrados, temos no presente trabalho uma maior parcela que se autodeclara parda (46,4%), seguida de 12,0% de mulheres brancas. Isso está de acordo com o trabalho de FERREIRA *et al.* (2016)<sup>18</sup> que encontraram uma porção de 47,2% de mulheres pardas e 21,3% de mulheres brancas atendidas em uma unidade de proteção especial de mulheres vítimas de violência no Estado do Ceará. O mesmo padrão não foi encontrado por VIEIRA *et al.* (2011)<sup>19</sup> ao avaliarem mulheres atendidas em Unidades Básicas

de Saúde em cidade do interior de São Paulo encontraram prevalência de mulheres brancas (55,6%) e pardas (30,7%). Essa diferença regional pode vir do perfil das populações estudadas, visto que Sergipe e Ceará são mais semelhantes por estarem localizados na região Nordeste e apresentarem um perfil socioeconômicos próximo.

Já em relação à escolaridade, é possível observar que os poucos anos de estudo estão muito relacionados com os episódios de violência doméstica, com maior número de registros válidos de pessoas com até 8 anos de ensino. GADONI-COSTA *et al.* (2011)<sup>17</sup> observaram que, das mulheres atendidas no setor de Psicologia da Delegacia para a Mulher da região metropolitana de Porto Alegre, cerca de 53,7% delas não possuíam o ensino fundamental completo (oito anos de formação). VIEIRA *et al.* (2011)<sup>19</sup> também registraram que 48,2% de mulheres tinham até oito anos de estudo formal.

Vale ressaltar, entretanto, que por se tratar de uma amostra com grande contingente de crianças em idade escolar, os números se tornam de difícil análise. Isso é observado nos casos que foram assinalados como “Não se aplica”, pois todos eles estavam na faixa etária menor de 10 anos e não possuíam informações de escolaridade. Somente separando as faixas etárias que poderia ser feita uma análise mais fidedigna. Entretanto as ferramentas da plataforma do DATASUS ainda possuem algumas limitações. Outro exemplo disso são os dados ocupação e situação conjugal, que estão presentes na ficha de notificação compulsória, mas não estão disponíveis na plataforma do DATASUS, impossibilitando o acesso a essas informações sociodemográficas.

É importante também destacar que existe muita subnotificação das variáveis raça/cor e escolaridade, com informações ignoradas ou em branco em 34,0% e 45,9%, respectivamente. O que denota que tais informações não foram priorizadas pelos profissionais da saúde notificantes, mesmo sendo dados importantes para mensurar as desigualdades sociais no universo da violência doméstica.

Quanto à reincidência, falhas no preenchimento foram recorrentes, mas nos casos corretamente assinalados mais da metade corresponderam a violência de repetição. Isso mostra um caráter sistemático dessa violência, onde boa parte das vítimas já foram agredidas anteriormente. Segundo dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi registrado que 39,7% das mulheres mortas por consequência da violência em 2008 já haviam sofrido violência anteriormente<sup>5</sup>. Outro estudo relatou que 67,0% das mulheres que foram vítimas de tentativa de homicídio por seus parceiros já haviam sido agredidas anteriormente, seja por ocasionais tapas e empurrões, até frequentes lesões que ameaçavam a vida das mesmas<sup>20</sup>. Esse caráter de reincidência denota a perpetuação de atos violentos de ameaças,

intimidação, violência sexual e física que muitas vezes começam de forma mais branda e podem culminar no óbito feminino – o chamado feminicídio.

O principal local de ocorrência foi a própria residência da vítima, o que favorece a “invisibilidade” dessa problemática, visto que vivemos uma cultura de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher” e as questões do foro íntimo não são questionadas pela sociedade em geral.

A violência sexual foi a mais notificada, principalmente através de casos de estupro. Em seguida foram notificados muitos casos de violência da física e psicológica, o que está de acordo com estudos mundiais divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que encontraram que 15,0 a 71,0% das mulheres reportam violência física, sexual ou ambas por seus parceiros<sup>21</sup>. Esses dados da OMS foram obtidos com análise da situação em vários países pelo mundo e demonstraram também que comportamentos controladores e emocionalmente abusivos também são comuns nesses casos. Já para PIEROTTI *et al.*, a violência psicológica é muito mais frequente e danosa que agressões físicas que elas sofriram<sup>22</sup>.

A força física e a ameaça representaram os principais meios de agressão usados para perpetuar os atos violentos. Dados semelhantes foram encontrados em estudo que entrevistou mulheres atendidas em unidade de proteção especial vítimas de violência, evidenciando que 40,0% dessas mulheres foram agredidas por meio de força física e 15,0% por meio de agressão verbal/ameaça<sup>18</sup>. Somando a isso, GARBIN *et al.*, ao analisarem lesões descritas em inquéritos policiais de lesão corporal e maus-tratos, encontraram que 60,0% das lesões foram por agente contundente, em especial por se tratarem de espancamentos. Eles ainda destacaram a preferência por golpes dados na região da cabeça e pescoço, seguida dos membros superiores e inferiores<sup>3</sup>.

Quanto aos suspeitos da agressão, nessa amostra foi observada um destaque para amigos e conhecidos, evidenciando que os principais agressores estão no convívio das vítimas. Também pais e mães foram importantes agressores e isso é interessante de se observar, principalmente porque a amostra estudada tem grande parcela de crianças e adolescentes e seus pais acabam perpetuando a violência doméstica. Os parceiros íntimos tiveram menor destaque do que esperado, mas com aumento desses casos na faixa etária de mulheres adultas. Em estudo destacando os casos de violência doméstica no Brasil discriminou o perfil do agressor com base na faixa etária das vítimas, assim ele observou que na infância os principais agressores são mãe e pai, nos adolescentes desconhecidos e namorados ganham destaque junto com os genitores, jovens e adultos são vitimados principalmente por cônjuges e ex-cônjuges, e os idosos sofrem por parceiros, pais e irmãos<sup>23</sup>.

Outro dado presente nas notificações é a suspeita de uso de álcool por parte do agressor, que está presente numa boa parcela dos casos, o que está de acordo com a literatura<sup>24, 25</sup>. Entretanto essa é outra variável pouco assinalada durante o preenchimento com mais da metade das fichas sem essa informação. Outra questão é que informações de uso de outras substâncias psicoativas não possui local próprio de registro na ficha de notificação, impedido a obtenção dessa informação.

Quanto à evolução e encaminhamento dos casos, boa parte recebeu alta ou teve encaminhamento ambulatorial. Embora as taxas nacionais de feminicídio sejam bem elevadas em relação a padrões internacionais, as fichas de notificação de violência doméstica apresentaram apenas 5 casos de evolução para óbito no período de 2009 a 2014. Isso pode ser explicado pela existência de ficha própria de mortalidade com dados divulgados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), também disponível no DATASUS. No período de 2009 a 2013 as taxas de homicídios de mulheres ficaram entre 4,4 a 4,8 casos a cada 100.000 habitantes em todo o Brasil, e em Sergipe foram contabilizados de 32 a 62 casos por ano nesse mesmo período<sup>23</sup>. Essa falta de conexão entre os dados de violência doméstica e mortalidade feminina mostram que ainda existe muito a se melhorar na rede de informação do SUS, para que seja possível criar mecanismos e programas voltados a diminuição desse grave problema de saúde pública.

A falta de preparo dos profissionais da saúde parece ser um dos principais obstáculos a serem transpostos. Baixos índices de notificação e mau preenchimento das fichas de notificação geram dados pouco fidedignos e que subestimam o problema da violência contra a mulher. Durante a formação profissional, pouco ou quase nada é discutido sobre o fluxo de notificação e dos instrumentos necessários para esse procedimento, tanto na graduação, como na pós-graduação e capacitações dos serviços de saúde. Falta preparo técnico e emocional para identificação da violência e dos sinais de alerta; existe o medo de represália por parte do agressor; ocorre uma falta de retaguarda de uma rede de proteção e o isolamento do profissional de saúde, que se vê numa situação complexa, sem ter com quem dividir os seus questionamentos<sup>3, 26</sup>.

## CONCLUSÃO

A violência doméstica em Sergipe atinge principalmente jovens de 10 a 19 anos, de raça parda e com nível de escolaridade compatível com 5 a 8 anos de estudo. Elas são vitimadas por

peessoas do seu convívio diário dentro de suas casas, com mães, pais, amigos e companheiros como os principais suspeitos. Os principais tipos de violência foram a sexual (em especial o estupro), a física e a psicológica, e a força física foi o principal meio de agressão, mostrando que os atos mais violentos que levam à busca de ajuda especializada e posterior notificação. A suspeita do uso de álcool pelos agressores e a recidiva se mostraram presentes no estudo. E a evolução com alta e encaminhamento ambulatorial também foram destaque no perfil dos casos notificados.

Os altos índices de subnotificação e mal preenchimento das fichas de notificação mostraram o despreparo por parte dos profissionais da saúde e mostrou que é preciso investir em educação continuada e sensibilização de toda equipe de saúde para que se possa melhor identificar e agir frente a essa epidemia de violência contra a mulher.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha: que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União* 2006; 7 ago.
2. Brasil. Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres — 25 anos de conquistas – Deams. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Diário Oficial da União* 2010.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22:2567-2573.
4. Miranda MPDM, Paula CSD, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2010; 27:300-308.
5. Garcia LP, Freitas LRSD, Silva GDMD, Höfelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2015; 37:251-257.

6. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Notificação compulsória pelos serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2003; 24 nov.
7. Alonso MDCF. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿ Hemos superado el reto?. *Atención Primaria* 2015, 47(3):129-130.
8. Ferraz LHVDC. *O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio; 2009.
9. Vasconcellos MM, Moraes IHSD, Cavalcante MTL (2002). Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde debate* 2002; 26(61):219-235.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. 2018a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 27 julho de 2018 às 17:35.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Ficha de Notificação de Violência Doméstica. 2018b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf). Acesso em: 09 de agosto de 2018, às 10:53.
12. Araújo MM, Silva CG (2015). A importância do sistema de informação de agravos de notificação-SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. *Revista Interdisciplinar Ciências E Saúde-RICS* 2015; 2(3).
13. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. In *Gênero, patriarcado, violência*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
14. Saffioti HIB. *Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero*. *Cadernos pagu* 2001, (16), 115-136.
15. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. . *Diário Oficial da União* 2003; 31 jan.

16. Brasil, Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto - Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. . *Diário Oficial da União* 2015; 10 mar.
17. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de Psicologia* 2011; 28(2):219-227.
18. Ferreira RM, Vasconcelos TBD, Moreira Filho RE, Macena RHM. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21:3937-3946.
19. Vieira EM, Perdona GDSC, Santos MAD. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública* 2011; 45(4):730-737.
20. Nicolaidis C, Curry MA, Ulrich Y, Sharps P, McFarlane J, Campbell D, ... & Campbell J. Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18(10):788-794.
21. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization 2013.
22. Pierotti CF, d'Oliveira AFPL, Terra MF. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* 2018; 63(1):12-18.
23. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil. 1ª Edição. Brasília, DF; 2015.
24. Graham KM. *Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas* (No. 631). Pan American Health Org; 2008.

25. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMDM, Souza ÍEDO, Paula CCD, Terra MG. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, 2014; 67(3):266-372.

26. Assis SGD, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TDO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17:2305-2317.

**Tabela 1.** Distribuição do número e percentual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra indivíduos do gênero feminino em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
< 10 anos	716	26,0%
10 a 19 anos	1.068	38,8%
20 a 59 anos	853	31,0%
60 anos ou mais	112	4,1%
Ignorado/Branco	5	0,2%
<b>Raça</b>		
Branca	331	12,0%
Preta	189	6,9%
Amarela	17	0,6%
Parda	1.279	46,4%
Indígena	3	0,1%
Ignorado/Branco	935	34,0%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	44	1,6%
1ª a 4ª série do EF incompleta ou completa	367	13,3%
5ª a 8ª série do EF incompleta ou completa	438	15,9%
Ensino médio incompleto ou completo	97	3,5%
Educação superior incompleta ou completa	35	1,3%
Ignorado/Branco	1.264	45,9%
Não se aplica*	509	18,5%
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	1263	45,9%
Via pública	255	9,3%
Bar ou similar	51	1,9%
Escola	51	1,9%
Outros	264	9,6%
Ignorado/Em branco	860	31,2%
<b>Violência de repetição</b>		
Sim	812	29,5%
Não	725	26,3%
Ignorado/Em branco	1217	44,2%

\* Não se aplica: Todos os casos assinalados como “Não se aplica” na variável “Escolaridade” foram de indivíduos menores de 10 anos.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net

**Tabela 2.** Tipologia, meios de execução e relação do agressor com a vítima em casos de violência contra a mulher em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.

	SIM		NÃO		IGNORADO		TOTAL
<b>Tipos de Violência</b>							
Violência Física	1.008	36,6%	1313	54,7%	389	14,1%	2754
Violência Psicológica/Moral	690	25,1%	1546	64,4%	384	13,9%	2754
Negligência/Abandono	389	14,1%	1643	68,5%	405	14,7%	2754
Violência Sexual	1.416	51,4%	845	35,2%	211	7,7%	2754
Tráfico de Seres Humanos	5	0,2%	1965	81,9%	457	16,6%	2754
Trabalho Infantil	5	0,2%	1959	81,6%	462	16,8%	2754
Tortura	37	1,3%	1950	81,3%	483	16,8%	2754
Violência Patrimonial	35	1,3%	1942	80,9%	462	16,8%	2754
Outros Tipos de Violência	19	0,7%	1881	78,4%	564	20,5%	2754
<b>Meio de Agressão</b>							
Arma Branca	112	4,1%	1.638	59,5%	1.004	36,5%	2754
Arma de Fogo	79	2,9%	1.678	60,9%	997	36,2%	2754
Objeto Contundente	64	2,3%	1.679	61,0%	1.011	36,7%	2754
Força Corporal	825	30,0%	973	35,3%	956	34,7%	2754
Enforcamento/Sufocação	41	1,5%	1.703	61,8%	1.010	36,7%	2754
Queimadura	11	0,4%	1.730	62,8%	1.013	36,8%	2754
Envenenamento	12	0,4%	1.728	62,7%	1.014	36,8%	2754
Ameaça	328	11,9%	1.454	52,8%	972	35,3%	2754
Outros Meios de Agressão	67	2,4%	1.559	56,6%	1.128	41,0%	2754
<b>Tipos de Violência Sexual*</b>							
Estupro	1.005	65,7%	198	12,9%	327	21,4%	1.530
Assédio Sexual	51	3,3%	1.025	67,3%	447	29,3%	1.523
At. Violento ao Pudor	83	5,7%	1.000	65,8%	435	28,6%	1.520
Pornografia Infantil	6	0,4%	1.060	69,6%	456	30,0%	1.522
Exploração Sexual	45	3,0%	1.017	66,8%	461	30,3%	1.523
Outras Violências Sexuais	165	10,8%	905	59,4%	453	29,7%	1.523

*Continua na próxima página*

*Continuação Tabela 2*

<b>Relação com a Vítima</b>							
Pai	204	7,4%	1.608	54,8%	942	34,2%	2.754
Mãe	220	8,0%	1.597	54,0%	937	34,0%	2.754
Padrasto	158	5,7%	1.655	56,7%	941	34,2%	2.754
Madrasta	3	0,1%	1.496	62,3%	956	34,7%	2.754
Cônjuge	190	6,9%	1.619	59,4%	945	34,3%	2.754
Ex-cônjuge	71	2,6%	1.730	61,1%	953	34,6%	2.754
Namorado(a)	175	6,4%	1.646	56,4%	880	32,0%	2.754
Ex-Namorado(a)	31	1,1%	1.769	61,6%	954	34,6%	2.754
Amigos/Conhecidos	507	18,4%	1.359	46,1%	888	32,2%	2.754
Desconhecido(a)	244	8,9%	1.602	55,0%	908	33,0%	2.754
Cuidador(a)	12	0,4%	1.786	61,9%	956	34,7%	2.754
Patrão/Chefe	1	0,0%	1.796	65,2%	957	34,7%	2.754
Relação Institucional	13	0,5%	1.781	64,7%	960	34,9%	2.754
Outros Vínculos	218	7,9%	1.547	56,2%	989	35,9%	2.754

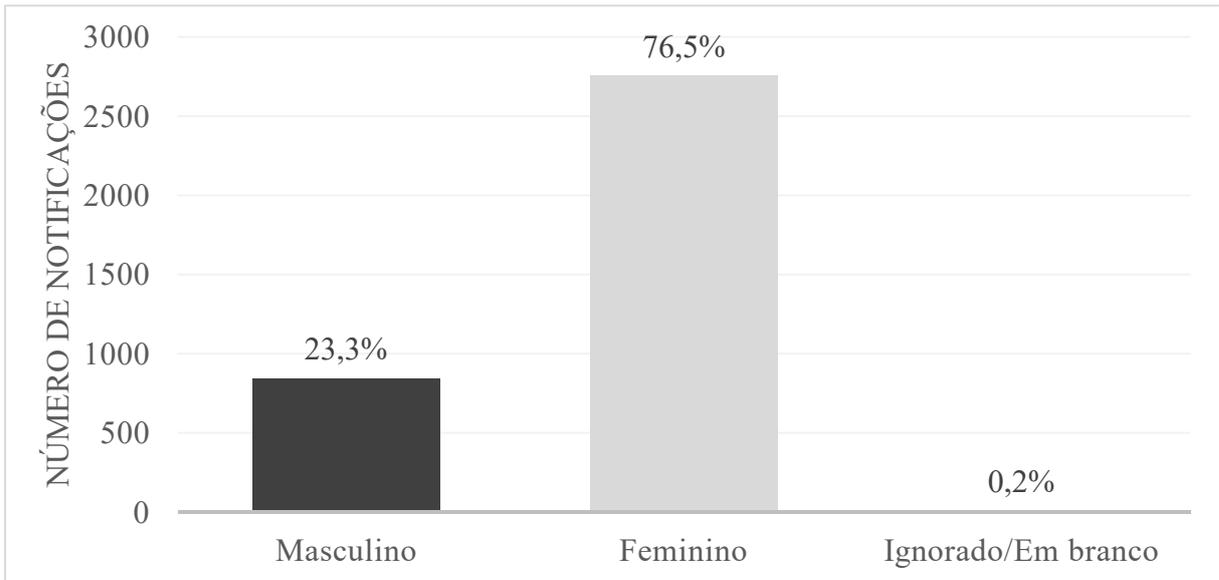
\*Tipos de Violência Sexual: Cada variável possui um total diferente por se tratarem de variáveis independentes.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net

**Tabela 3.** Evolução e encaminhamento dos casos de violência doméstica contra a mulher em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN (N = 2.754).

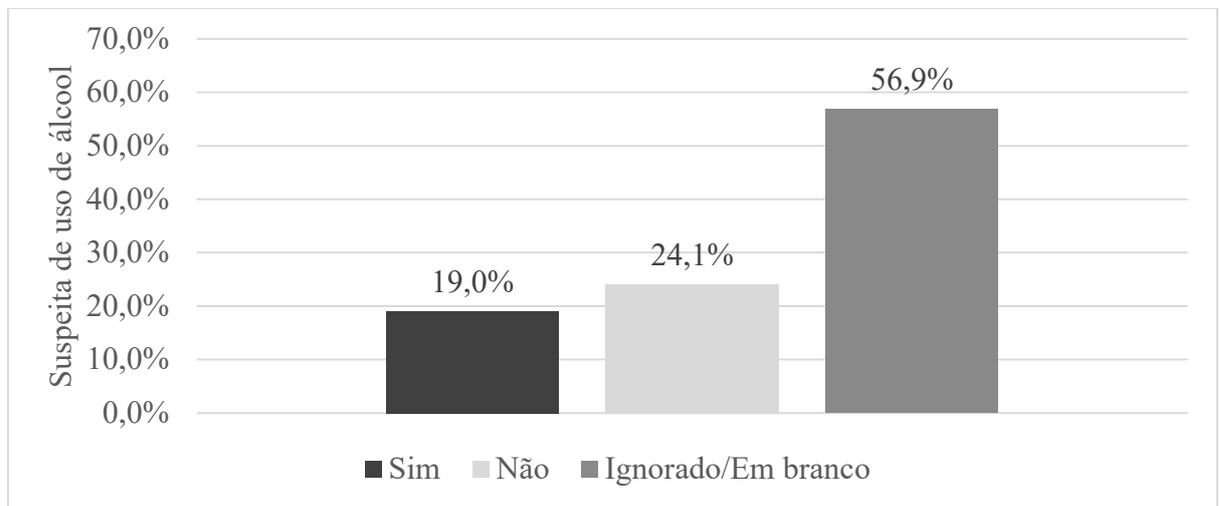
<b>Evolução do caso</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Alta	1.001	41,7%
Evasão/fuga	83	3,5%
Óbito por violência	5	0,2%
Ignorado/Em branco	1.665	69,4%
<b>Encaminhamento da Pessoa Atendida</b>		
Encaminhamento Ambulatorial	1.643	59,7%
Internação Hospitalar	140	5,1%
Não se aplica	72	2,6%
Ignorado/Em branco	899	32,6%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net



**Figura 1.** Distribuição percentual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências segundo sexo. Sergipe, 2009 a 2014 (N=3,602).

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net



**Figura 2.** Percentual de casos de violência doméstica em que há suspeita do consumo de álcool por parte do agressor em Sergipe, entre 2009 e 2014 de acordo com variáveis da ficha de notificação compulsória do SINAN.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net

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

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL</b> <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b>		Nº		
<p><b>Definição de caso:</b> 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.</p> <p><b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.</p>						
<b>Dados Gerais</b>		1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
		4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)			
		5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>		7 Nome			8 Data de Nascimento	
		9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
		12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª à 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado			
		14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
		16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
		18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe		
<b>Dados de Residência</b>		20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência	
		23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número	
		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		
		27 CEP		28 (DDD) Telefone		
		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
<b>Dados da Ocorrência</b>		31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado		32 UF		
		33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência		
		35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	
		37 Complemento (apto., casa, ...)			38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
		41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Ateamento violento ao pudor		<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge		<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Em casos de violência sexual	47 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	48 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
Em casos de violência sexual	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Evolução e encaminhamento	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		52 Se óbito pela agressão, data	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Evolução e encaminhamento	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vere de infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Gentileza <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	54 Circunstância da lesão (confirmada)		55 Classificação final	
	CID 10 _____		1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado <input type="checkbox"/>	
<b>Informações complementares e observações</b>				
<b>TELEFONES ÚTEIS</b>				
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997		<b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180		<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Assinatura	
		Função		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais				
SVS 28/06/2006				

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf). Acesso em: 09 de agosto de 2018, às 10:53.