

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>

INDICADORES DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PROVENIENTES DAS NOTIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS-BRASIL

Júlia de Oliveira Andrade¹, Sybelle de Souza Castro², Sara Franco Diniz Heitor³, Wanderson Pereira de Andrade⁴, Camila Cristina Atihe⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: juliaandradeuftm@gmail.com

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professor do Departamento de Medicina Social da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sybelle@mednet.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sarafdh42@hotmail.com

⁴ Médico residente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: wandaowpa@yahoo.com.br

⁵ Médica residente da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: camilaatihe@gmail.com

RESUMO: Analisou-se os casos notificados de violências contra a mulher adulta no Estado de Minas Gerais, Brasil, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, com o intuito de caracterizar as vítimas e as situações de abuso, calcular indicadores de morbimortalidade e avaliar a qualidade da informação. Estudo descritivo, retrospectivo, período 2011-2012. A maioria das mulheres era branca, 20 a 29 anos, casada, agredida fisicamente na sua residência, por meio de força corporal, na cabeça. Houve aumento de 41% nas notificações entre os dois anos analisados. A mortalidade se destacou nas vítimas com 30-39 anos, a letalidade acima de 80 anos, maior incidência para violência física, entre 20-29 anos. Houve incompletude no preenchimento das fichas de investigação. Necessita-se otimizar a completude das fichas de investigação, em razão da importância dessa notificação no contexto da atenção integral às mulheres vítimas de violência.

DESCRIPTORES: Violência contra a mulher. Sistema de informação em saúde. Vigilância em saúde pública.

INDICATORS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN ACCORDING TO THE REPORTS OF HEALTH SERVICES IN THE STATE OF MINAS GERAIS-BRAZIL

ABSTRACT: Reports of violence against adult women in Minas Gerais, Brazil were analyzed by consulting the Notifiable Diseases Information System in order to characterize the victims and cases of abuse, calculate morbidity and mortality, and assess the quality of the information. This descriptive retrospective study realized between from 2011-2012. Most women were 20 to 29 years old, Caucasian, married, and were physically abused at home, in which physical strength was used on the head. The number of reports increased 41% between the two years under study. Mortality stood out among women aged between 30 and 39 years old, lethality was more frequent among 80 year-old or older women, and a greater incidence of physical violence was observed among women between 20 and 29 years old. Reporting forms were incomplete. The proper completion of reporting forms should be encouraged due to the importance of violence reporting in the context of integral care provided to women who are victims of violence.

DESCRIPTORS: Violence against women. Health information systems. Public health surveillance.

INDICADORES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES PROCEDENTES DE LAS NOTIFICACIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE MINAS GERAIS-BRASIL

RESUMEN: Se analizaron los casos notificados de violencia contra la mujer adulta en Minas Gerais a través del Sistema de Información de Agravos de Notificación, con el fin de caracterizar a las víctimas y las situaciones abusivas, calcular indicadores de morbilidad y mortalidad y evaluar la calidad de la información. El estudio es descriptivo, retrospectivo y periodo 2011-2012. La mayoría de las mujeres era blanca, 20-29 años, casadas, agredidas físicamente en su residencia, por medio de fuerza corporal en la cabeza. Hubo un aumento del 41% en las notificaciones entre los años analizados. La mortalidad se destacó en las víctimas con 30-39 años, la letalidad arriba de 80 años, y la mayor incidencia en la violencia física, entre 20-29 años. Muchas fichas de investigación quedaron incompletas. Es necesario optimizar y concientizar sobre completar la ficha de investigación, debido a la importancia de esa notificación en el contexto de atención integral a las mujeres víctimas de violencia.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Sistemas de información en salud. Vigilancia en salud pública.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher envolve vários aspectos, viola os direitos humanos, provoca danos à saúde física e mental das vítimas afetando as famílias e a sociedade.¹ Essa forma de manifestação da violência reflete “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.^{2,19} Ocorre rotineiramente no ambiente doméstico e muitas vezes envolve o uso de álcool e substâncias ilícitas pelo agressor. Tende a seguir uma evolução progressiva com início na violência psicológica, seguindo para a física e findando-se algumas vezes na sexual.^{3,4}

Diversos fatores são descritos como geradores das tensões causadoras das agressões, como as diferenças econômicas e sociais entre os sexos, a atual independência financeira das mulheres, a necessidade de autoafirmação por parte dos homens e a inserção das mulheres no sistema educacional e mercado de trabalho.^{5,6}

O machismo e o patriarcalismo também são considerados causas frequentes da violência contra mulher. O machismo embute na sociedade a ideia de que o homem é mais forte e competente que a mulher, tanto física quanto psicologicamente; já o patriarcalismo institui uma organização social em que o homem é o centro e o chefe da família, de modo a naturalizar a situação de diferença de gênero e submissão feminina na dinâmica familiar.⁷ Ambos podem contribuir em danos à saúde feminina, que se estende aos filhos, com consequências de ordem comportamental, psicológica, interpessoal, econômica e profissional.^{3,6,8}

Apesar da criação da Lei Maria da Penha, que ajuda na prevenção da coerção,⁹ e do Governo Federal Brasileiro ter criado a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, objetivando o enfrentamento da violência e o atendimento qualificado por meio da Atenção Básica,³ muitas vezes, em situação de violência, as mulheres se inibem e não procuram os serviços de saúde, temendo o risco de serem revitimadas.^{1,3,8,10} Além disso, por parte dos profissionais, há um despreparo sobre a forma de abordagem à vítima e a sistematização da assistência, que se deve principalmente à escassez de protocolos específicos que abordem parâmetros técnicos e científicos para a condução da prática assistencial e encaminhamentos.^{3,10} Apenas para a violência sexual existe um protocolo nacional espe-

cífico para o atendimento, porém pouco conhecido entre os profissionais de saúde.

Em 2004, uma portaria foi criada instituindo o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, aprovando instrumento e fluxo para notificação.¹¹ Cabe ressaltar que a notificação compulsória é obrigatória aos profissionais de saúde ou responsáveis à assistência ao paciente. O instrumento de notificação e coleta de dados utilizados nos serviços de saúde que alimenta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período do estudo, foi a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (FII).¹²

Diante do exposto, o estudo objetivou analisar os casos notificados de violências contra a mulher adulta no Estado de Minas Gerais, Brasil, por meio do SINAN, com o intuito de caracterizar as vítimas e as situações de abuso, calcular indicadores de morbimortalidade e avaliar a qualidade da informação.

MÉTODO

Estudo retrospectivo, de base territorial, realizado com todos os casos notificados de violência contra a mulher adulta (idade ≥ 19 anos)* atendidos nos serviços de saúde, em 2011 e 2012, no Estado de Minas Gerais, banco solicitado em maio de 2014. Como critério de inclusão, definiu-se que a notificação deva ter ocorrido no Estado de Minas Gerais e as vítimas residirem neste Estado.

Os dados populacionais necessários para os cálculos dos indicadores de morbimortalidade foram provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os anos de 2011 e 2012 foram escolhidos, por haver disponibilidade da estimativa populacional por sexo e faixa etária, utilizada na construção dos indicadores. Para a caracterização dos casos, utilizaram-se os anos agregados, pois as análises em separado não apresentaram diferenças significantes. Para o cálculo dos indicadores de incidência, mortalidade e letalidade, foi utilizado o banco de dados de 2012 por conter um maior número de casos registrados.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 20.0. Os indicadores utilizados para o estudo foram coeficientes de incidência acumulada, mortalidade e a letalidade por estratos etários e tipos de violência. Os coeficientes de inci-

* Lei, Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente considera o fim da adolescência aos 18 anos.

dência e mortalidade foram expressos como número de casos ou óbitos por 100.000 habitantes/ano.

A base de dados secundária foi proveniente do SINAN e fornecida pela Secretaria do Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais, a partir da FII padronizada para todo território brasileiro.¹² Apesar de ser um agravo à saúde que pode acarretar em recidivas, nesse estudo considerou-se cada notificação de violência contra a mulher como um evento novo.

As variáveis de análise foram idade, raça/cor, escolaridade, se a vítima possuía alguma deficiência/transtorno, tipologia da violência, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo atingida, tipo de violência sexual, tipo de penetração, zona e local de ocorrência da violência, encaminhamento para o setor saúde ou outros setores e evolução do caso.

A qualidade do preenchimento das variáveis foi feita por meio dos critérios propostos pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que considera excelente quando há menos de 5% de informações incompletas (informação ignorada ou campos em branco), bom de 5% a 10%, regular de 10% a 20%, ruim de 20% a 50% e muito ruim de 50% ou mais.¹³⁻¹⁴ Optou-se por analisar os dados que tivessem as informações das variáveis com 80% ou mais de preenchimento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo de nº 1880/2011. O banco de dados não continha identificação pessoal das vítimas. O estudo está em conformidade com a resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em 2011 e 2012, houve 19.213 casos notificados, em Minas Gerais, de violência contra a mulher, sendo 7.995 em 2011, resultando em uma incidência de 111,61 casos por 100.000 mulheres, e 11.218 em 2012, com incidência de 155,61 casos por 100.000 mulheres, demonstrando um aumento na frequência de notificações de aproximadamente 41% de um ano para o outro.

Dos 853 municípios do Estado de Minas Gerais, 336 (39,3%) realizaram notificações de violência contra a mulher em 2011, sendo maior o número de registros observados nos municípios de Viçosa (10,5%) e Belo Horizonte (5,7%). Em 2012, o município que mais notificou foi Belo Horizonte (8,2%), seguido por Viçosa (3,8%), sendo 591 municípios notificantes neste ano, representando 56,8% a mais que no ano de 2011.

A maioria das mulheres que sofreram violência tinha entre 20 e 29 anos (36,9%), cor da pele branca (37,9%) e era casada (40,2%) (Tabela 1). O cônjuge foi o agressor mais frequentemente notificado (27,9%), seguido da autoagressão (14,5%). A residência da mulher foi o local de maior ocorrência da agressão (62,2%), a parte do corpo mais atingida foi cabeça/face (27,6%), e a maioria dos casos evoluiu para alta (87,1%). Contudo, destaca-se que foram registrados no período 193 óbitos por violência (Tabela 2).

Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos casos notificados de violência contra mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Minas Gerais, Brasil, 2011-2012. (n=19.213)

Variáveis	n	%
Faixa etária		
19 anos	748	3,90
20 a 29 anos	7.081	36,90
30 a 39 anos	5.772	30,00
40 a 49 anos	3.176	16,50
50 a 59 anos	1.404	7,30
60 a 69 anos	589	3,10
70 a 79 anos	281	1,50
Mais de 80 anos	162	0,80
Raça/Cor		
Branca	7.279	37,90
Preta	2.344	12,20
Amarela	186	1,00
Parda	5.753	29,90
Indígena	126	0,70
Branco/Ignorado	3.525	18,30
Escolaridade		
Analfabeto	321	1,70
Ensino fundamental I incompleto	1.449	7,80
Ensino fundamental I completo	957	5,00
Ensino fundamental II incompleto	2.777	14,50
Ensino fundamental II completo	1.234	6,40
Ensino médio incompleto	1.156	6,00
Ensino médio completo	2.045	10,60
Educação superior incompleta	386	2,00
Educação superior completa	438	2,30
Não se aplica	3	0,01
Branco/Ignorado	8.397	43,70
Situação conjugal		
Solteira	5.607	29,20
Casada/união consensual	7.716	40,20
Separada	1.459	7,60
Viúva	632	3,30
Não se aplica	161	0,80
Branco/Ignorado	3.638	19,00

Tabela 2 - Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência contra mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Minas Gerais, Brasil, 2011-2012. (n=19.213)

Variáveis	n	%
Vínculo com o(a) agressor(a)		
Pai	165	0,90
Mãe	139	0,70
Padrasto	53	0,30
Cônjuge	5.365	27,90
Ex-cônjuge	1.417	7,40
Namorado (a)	767	4,00
Ex-namorado (a)	525	2,70
Filho (a)	709	3,70
Irmão (a)	495	2,60
Amigos/conhecidos	1.678	8,70
Desconhecido (a)	1.282	6,70
Cuidador (a)	28	0,10
Patrão/chefe	21	0,10
Relação institucional	82	0,40
Policial/agente da lei	73	0,40
Própria pessoa	2.784	14,50
Outros	939	4,90
Local de ocorrência		
Residência	11.953	62,20
Habitação coletiva	87	0,50
Escola	76	0,40
Local de prática esportiva	32	0,20
Bar ou similar	443	2,30
Via pública	2.555	13,10
Comércio/serviços	219	1,10
Construção/indústria	16	0,10
Outros	588	3,10
Branco/Ignorado	3.244	16,90
Recorrência		
Sim	6.728	35,00

Variáveis	n	%
Não	6.465	33,60
Branco/Ignorado	6.020	31,40
Parte do corpo atingida		
Cabeça/face	5.311	27,60
Pescoço	646	3,40
Boca /dentes	256	1,30
Coluna/medula	117	0,60
Tórax/dorso	734	3,80
Abdome	386	2,00
Quadril/pelve	91	0,50
Membros superiores	2.773	14,40
Membros inferiores	805	4,20
Órgãos genitais/ânus	333	1,70
Múltiplos órgãos	2.793	14,50
Não se aplica	2.827	14,70
Branco/Ignorado	2.141	11,10
Suspeita de uso de álcool pelo agressor		
Sim	5.907	30,70
Não	5.829	30,40
Branco/Ignorado	7.477	38,90
Evolução do caso		
Alta	16.738	87,10
Evasão/fuga	234	1,20
Óbito por violência	193	1,00
Óbito por outras causas	24	0,10
Branco/Ignorado	2.024	10,60

Em relação ao tipo de violência, a física (81%) e a psicológica (28,2%) foram as predominantes, e a força/ espancamento foi o meio de agressão mais comum (62,8%), seguida por ameaça (15,6%) e envenenamento (11,5%). A violência sexual representou 5,6% dos casos e houve incompletude de 14,4% no período (Tabela 3). O tipo de violência sexual mais notificado foi o estupro (4,5%), seguido do assédio sexual com 0,9%. Nos casos de penetração, a vaginal foi a mais frequente (4,0%).

Tabela 3 - Distribuição da frequência dos tipos e meio de agressão de violência contra mulher, Minas Gerais, 2011 e 2012. (n=19.213)

Variáveis	Sim		Não		Branco/ignorado	
	n*	%	n	%	n	%
Tipos de violência						
Financeira	343	1,80	15.987	83,20	2.883	15,00
Física	15.557	81,00	2.617	13,60	1.039	5,40
Intervenção legal	51	0,30	16.211	84,40	2.951	15,40
Negligência	212	1,10	16.141	84,00	2.860	14,90
Psicológica	5.423	28,20	11.169	58,10	2.621	13,60
Sexual	1.071	5,60	15.362	80,00	2.780	14,40
Tortura	573	3,00	15.721	81,80	2.919	15,20
Tráfico	14	0,10	16.316	84,90	2.883	15,00
Outra	1.495	7,80	14.655	76,30	3.063	16,00

Variáveis	Sim		Não		Branco/ignorado	
	n*	%	n	%	n	%
Meio de agressão						
Ameaça	2.995	15,60	13.112	68,20	3.106	16,10
Arma de fogo	331	1,70	15.738	81,90	3.144	16,40
Enforcamento	922	4,80	15.182	79,00	3.109	16,20
Envenenamento	2.201	11,50	14.207	73,90	2.805	14,60
Força/ espancamento	12.067	62,80	5.410	28,20	1.736	9,00
Objeto contundente	969	5,00	15.147	78,80	3.097	15,80
Objeto perfuro-cortante	1.470	7,70	14.727	76,70	3.016	15,70
Substância/objeto quente	149	0,80	15.917	82,80	3.147	16,40
Outros	1.420	7,40	14.213	74,00	3.580	18,60

*Alguns casos notificados sofreram mais de um tipo e meio de agressão de violência no mesmo episódio.

Relacionando os tipos de violência às faixas etárias, o grupo com maior ocorrência de notificações foi dos 20 aos 29 anos, predominando a violência física (30,3%), seguida da psicológica (9,9%) e sexual (2,2%). No segundo grupo etário mais acometido, dos 30 aos 39 anos, também se observou maiores ocorrências de violência física (24,6%), psi-

cológica (8,7%), sexual (1,4%) e tortura (1,0%). Na faixa etária dos 20 aos 29 anos, observou-se maior incidência da violência física (335,7 casos/100.000 mulheres) e psicológica (109,6 casos/100.000 mulheres), e nas mulheres com 19 anos de violência sexual (38,6 casos/100.000 mulheres) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da frequência, proporção e incidência dos casos de violência segundo tipos e faixa etária, Minas Gerais, Brasil, 2012 (n= 19213)

Tipos de violência*		19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	Mais de 80 anos
		n	4	83	104	54	32	31	17
Financeira	%	0,02	0,40	0,50	0,30	0,20	0,20	0,09	0,09
	I	2,30	4,80	6,70	3,79	2,78	4,40	3,90	8,10
	n	612	5.831	4.722	2.550	1.118	455	183	86
Física	%	3,20	30,30	24,60	13,30	5,80	2,40	1,00	0,40
	I	325,70	335,70	304,70	178,80	97,10	64,60	42,40	38,60
	n	2	15	17	9	5	3	0	0
Intervenção legal	%	0,01	0,08	0,09	0,05	0,03	0,02	0,00	0,00
	I	1,20	0,90	1,10	0,60	0,40	0,4	0	0
	n	6	25	24	20	15	19	50	53
Negligência	%	0,03	0,10	0,10	0,10	0,08	0,10	0,30	0,30
	I	3,40	1,40	1,50	1,40	1,30	2,70	11,60	23,80
	n	187	1.903	1.671	908	397	209	85	63
Psicológica	%	0,90	9,90	8,70	4,70	2,00	1,10	0,40	0,30
	I	107,70	109,60	107,80	63,70	34,50	29,60	19,70	28,30
	n	67	427	275	183	68	26	13	12
Sexual	%	0,40	2,20	1,40	1,00	0,30	0,10	0,07	0,06
	I	38,60	24,60	17,70	12,80	5,90	3,70	3,00	5,40
	n	17	185	195	99	43	19	10	5
Tortura	%	0,10	1,00	1,00	0,50	0,20	0,10	0,05	0,03
	I	0,60	0,10	0,10	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00
	n	50	512	471	293	120	34	10	5
Outra	%	0,30	2,60	2,40	1,50	0,60	0,20	0,05	0,03
	I	28,80	29,50	30,40	20,50	10,40	4,80	2,30	2,20

I=incidência acumulada ano a ano de 2012 (por 100.000 mulheres); * Alguns casos notificados sofreram mais de um tipo de violência no mesmo episódio.

A mortalidade mostrou-se maior nas faixas etárias entre 30 e 39 anos (18 óbitos/100.000 mulheres) e 20 e 29 anos (16 óbitos/100.000 mulheres). Quanto aos tipos de violência, a mortalidade foi maior para a violência física (1 óbito/100.000 mulheres). A letalidade foi maior entre as mulheres com mais de 80 anos (3,5%), seguida das entre 60 e 69 anos (2,1%), e pelas violências por tráfico (10%) e negligência (3%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da taxa de mortalidade e da letalidade por violência contra a mulher segundo faixa etária e tipo de violência, Minas Gerais, Brasil 2012. (n=19.213)

Variáveis	Mortalidade (100.000 mulheres)	Letalidade (%)
Faixa etária		
19 anos	1,00	0,30
20 a 29 anos	16,00	0,70
30 a 39 anos	18,00	1,00
40 a 49 anos	15,00	1,40
50 a 59 anos	9,00	1,70
60 a 69 anos	5,00	2,10
70 a 79 anos	2,00	1,60
Mais de 80 anos	2,00	3,50
Tipos de violência		
Financeira	0,04	2,00
Física	1,00	1,00
Intervenção legal	0,01	3,00
Negligência	0,06	3,30
Psicológica	0,20	0,60
Sexual	0,07	0,80
Tortura	0,10	2,60
Tráfico	0,01	10,00
Outra	0,03	2,00

Apesar de uma incompletude da informação de 22,2% em relação ao registro da evolução e encaminhamento dos casos (dados não apresentados em tabela), mais da metade destes (52,3%) foi encaminhada para o ambulatório e a grande maioria recebeu alta (87,1%). Entretanto, 1,0% das mulheres evoluíram a óbito em decorrência da violência.

A análise teve limitações, visto que algumas variáveis apresentaram valores significativos de incompletude da informação (acima de 20% ignorada ou em branco),⁹ e por isso não foram descritas, como os dados de violência contra gestante (28,0%), nível de escolaridade (43,7%) e violência contra portadores de deficiências/transtornos (26,9%).

DISCUSSÃO

O aumento no número de notificações de violência contra a mulher e na quantidade de municípios notificantes encontrados no presente estudo entre os dois anos estudados (2011 e 2012) é relevante e pode ser em decorrência de maiores investimentos em capacitação dos profissionais da saúde para a notificação desse agravo,¹⁵ tornando o sistema de vigilância mais sensível à identificação dos casos.

Em 291 serviços de saúde no Estado de São Paulo, a maioria dos profissionais referiu preencher a ficha de notificação compulsória, porém com dificuldades relacionadas à sobrecarga de trabalho e à incompreensão acerca da importância dessa notificação no contexto da atenção integral. Estratégias são necessárias para que os profissionais incorporem a ficha de notificação como parte do atendimento, bem como a devida valorização desse atendimento em meio a várias atribuições dos serviços de Saúde.¹⁶ De modo empírico, observa-se que em grande parte dos serviços de Saúde, o preenchimento da notificação e a adoção de medidas pertinentes a ela decorrentes são realizadas pelo profissional da enfermagem.

Dentre as vítimas deste estudo, a maioria se enquadrava na faixa etária entre 20 e 39 anos, condizente com outras pesquisas.¹⁷⁻¹⁹ Estes resultados podem refletir a cultura brasileira, na qual nesse período da vida o corpo feminino é bonito e chama a atenção dos homens, provocando, desse modo, a insegurança masculina seguida por atos autoritários e violentos.¹⁷

Quanto à etnia das vítimas, a raça branca seguida da parda foi a mais vitimada, resultado este que vai de encontro aos índices de declaração da cor da pele branca das pessoas no Estado, além do fato de que há pouco tempo a violência contra mulheres negras passava despercebida/ignorada, com número reduzido de notificações.¹⁸⁻²⁰

Apesar da impossibilidade de se avaliar a condição social e escolaridade devido à incompletude desse registro no banco de dados, os baixos níveis sociais e de escolaridade podem ser um ponto comum entre as mulheres vítimas de violência,²¹ porém não de forma majoritária. Reitera-se que ela ocorre em qualquer ambiente econômico ou cultural.^{19,21}

Acerca da situação conjugal, observou-se relação íntima entre a vítima e o agressor, já que a maioria das vítimas era casada, corroborando com

estudos em que os parceiros íntimos eram os agressores^{8,19,22} em virtude das relações de dominação e subordinação, coexistindo com desigualdade de direitos, deveres e privilégios, gerando assim uma relação assimétrica. Contudo, apesar do sofrimento gerado pela violência doméstica, muitas mulheres seguiram o caminho da resiliência, principalmente em razão da maternidade, que despertou o sentimento de dever e responsabilidade com sua prole, desvinculando-se da experiência traumática.²³

O ambiente doméstico foi um terreno fértil para a prática da violência em virtude de este ser o local mais propício para as agressões devido à privacidade e a pouca interferência de outras pessoas.^{17,19,22} Faz-se necessário que a Lei Maria da Penha seja difundida, implementada e aplicada,^{8,24} com a articulação da rede de defesa, proteção e assistência às mulheres vítimas de violência, como os serviços de saúde, de assistência social, polícias, poder judiciário, delegacia da mulher e outros.

As violências mais notificadas foram a física e a psicológica, como observado em outros estudos.^{17,19} Entretanto, há pesquisas em que esta ordem foi invertida,^{22,15} sendo que a essa última acrescentou a violência sexual como predominante. A força corporal/espantamento foi o meio de agressão mais frequente, a maior parte das vítimas sofreu contusão e a região do corpo mais atingida foi cabeça/face, corroborando com outros autores.^{17,19} A cabeça/face é uma região simbólica que denota a humilhação sofrida e o ato contra a dignidade humana.¹⁷

A violência psicológica ainda é subnotificada, uma vez que muitas mulheres não buscam ajuda enquanto a violência não toma caráter físico.²⁵ Ela pode ser atribuída à desvalorização da mulher, que reduz sua autoestima, e em casos mais graves fomenta ideias suicidas.²⁶ Destaca-se a possibilidade em muitos casos de superposição dos tipos de violência, em especial a interrelação entre violência psicológica e física.^{19,25}

A violência autoinfligida encontrada pode indicar mal-estar e sofrimento social, visto que se as pessoas se veem impossibilitadas de resolverem seus conflitos, podem optar por ações drásticas contra a própria saúde ou vida, por exemplo, as autointoxicações intencionais por medicamentos ou substâncias biológicas não especificadas no meio feminino.²⁷⁻²⁸

Apesar de este estudo ter como limitação a base de dados secundária, na FII consta a variável que permite distinguir entre as notificações quais são novos casos ou reincidências, sendo esta última 35% dos casos. Há que se considerar, portanto, que

as violências podem ocorrer em situações distintas e serem caracterizadas por tipos de agressões diferentes, como sexual, física, tortura, autoinfligida (suicídio, tentativas de suicídio, dentre outras).

Já a violência sexual tende a ser subnotificada pelo desejo da mulher de invisibilidade, por sentir-se suja e envergonhada. Ser agredida sexualmente pode levar à ansiedade e depressão e induzir as mulheres ao abuso do uso de álcool, drogas e transtornos alimentares, que podem perdurar por toda a vida.²⁹

Observou-se uma pequena proporção (0,04%) do tipo de violência trabalho infantil, que, provavelmente, ocorreu por erro de preenchimento ou de digitação, já que este banco de dados refere-se a mulheres com idade acima de 19 anos.

Referente ao consumo de bebida alcoólica pelo agressor, apesar da incompletude encontrada nas notificações ser alta, a suspeita do seu uso segue tendências encontradas em outros estudos, em que o uso do álcool pode desencadear o comportamento violento,^{21,29} assim como o uso de outras drogas, potencializando as agressões.²¹

A recorrência da violência neste estudo foi dois terços menor que em outra pesquisa.²² Esta diferença em parte pode estar relacionada à incompletude encontrada para esta variável nas fichas de notificação compulsória do Estado de Minas Gerais. A insistência da mulher em manter o relacionamento na esperança de mudança comportamental do parceiro, bem como a dependência financeira e emocional criadas pelo cônjuge, podem recorrer na agressão.²⁶

A repetição do fenômeno pode servir de indicador indireto da fragilidade de efetividade de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher no Estado de Minas Gerais e do sistema de garantia dos direitos, demonstrando que estratégias para prevenir novos casos e recorrências sejam implementadas pelo setor público.

Neste estudo, pouco mais da metade dos casos notificados foi encaminhada para ambulatórios, diferente da pesquisa que retrata casos de violência notificados nas dependências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, onde apenas 17,6% tiveram igual encaminhamento. Essa divergência pode ser explicada pelo local onde a pesquisa foi realizada,¹⁷ pois este atual estudo se refere às notificações realizadas em qualquer serviço de saúde no Estado de Minas Gerais.

Investigação³⁰ que analisou os femicídios no Brasil em todos os períodos da vida da mulher

mostra, como neste trabalho, maior mortalidade entre os 30 e 39 anos e 20 e 29 anos. Enfatiza-se que os homicídios de mulheres no Brasil representam 10% da mortalidade total por agressão.

Uma condição, possivelmente, relacionada às taxas de mortalidade é a mudança cultural sofrida no Brasil, com o aumento maciço da mulher no mercado de trabalho, possibilitando sua independência financeira e gerando conflitos, pela histórica concepção machista e patriarcalista regente na sociedade, incitando situações de violência e possivelmente óbitos.³⁰ A elevação dos níveis de violência urbana e eventos relacionados às causas externas também contribuem para o aumento da mortalidade em mulheres.

Com o passar dos anos, a violência passa a se manifestar principalmente nas formas de abandono, negligência, maus-tratos físicos e exploração econômica, provavelmente pelo aumento da longevidade entre as mulheres idosas.³¹ Inclusive observou-se neste estudo que a letalidade foi predominante em mulheres com 80 anos ou mais, que pode também estar relacionada às comorbidades associadas presentes nessa faixa etária.³¹ A violência contra o idoso ocorre com maior frequência no próprio ambiente doméstico,³²⁻³³ que pode ser devido à desvalorização do idoso e ao fenômeno da coresidência, em que vários membros da família habitam a mesma casa gerando conflitos de gerações e de valores, e se agrava com o estado de fragilidade e vulnerabilidade do idoso,³⁴ exacerba-se pelas relações de dependência financeira, vínculos frágeis, presença de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico, dentre outros.³⁵

CONCLUSÃO

A violência contra a mulher adulta foi predominante na faixa jovem, entre 20 e 39 anos, cor da pele branca ou parda, casadas ou em união estável, sendo o agressor na maioria das vezes o cônjuge. A violência em geral se deu na própria residência da vítima e na maioria dos casos a evolução dos atendimentos nos serviços de saúde foi para alta. As mulheres foram vítimas principalmente da violência física por força/ espancamento e atingidas na cabeça/face, seguida da agressão tipo ameaça. A mortalidade foi maior entre as mulheres de 30 a 39 anos, com predomínio da violência física, e a letalidade foi maior em mulheres com mais de 80 anos.

A incompletude da informação encontrada em alguns campos de preenchimento das notificações remete à necessidade de capacitação profissional e

incorporação das ações de vigilância epidemiológica à rotina do processo de trabalho nos serviços de saúde, bem como da divulgação do fluxo das vítimas na rede assistencial com finalidade de otimizar o preenchimento das fichas de notificação, dar visibilidade a sua importância para a garantia do desencadeamento de medidas que garantam o direito da mulher em situação de violência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010.
2. Secretaria de Políticas para as Mulheres (BR). Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011.
3. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012 Abr; 46(2):351-8.
4. Sánchez PM, Parra SG, Garcia OM. Violencia basada en género en zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y Callao, 2007-2010. *An Fac Med*. 2012 Mai; 73(2):127-33.
5. Moura LBA, Gondolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável. *Rev Saúde Pública*. 2009 Dez; 43(6):1-9.
6. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 Dez; 27(4):300-8.
7. Santos ACW, Moré CLOO. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Padéia*. 2011 Ago; 21(49):227-35.
8. Acosta DF, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violence against women committed by intimate partners:(in)visibility of the problem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jan-Mar [cited 2015 Jul 03]; 24(1):121-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf
9. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Regulamenta ações de enfrentamento à violência contra a mulher. *Diário Oficial da União*, 07 Ago 2006.
10. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Abr; 16(3):1943-52.
11. Brasil. Portaria n. 2.406, de 5 novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*, 9 Nov. 2004.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília (DF): MS; 2011.
13. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006 Mar; 22(3):673-84.
14. Oliveira MEP, Soares MRAL, Costa MCN, Mota ELA. Avaliação da completude dos registros de febre tifoide notificados no Sinan pela Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009 Set; 18(3):219-26.
15. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5):1263-72.
16. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes. Filling out the compulsory notification in health services that care for women who suffer from sexual violence. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Jan-Mar; 18(1):94-107.
17. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Nov; 24(11):2551-63.
18. Sousa AKA, Nogueira DA, Gradim CVC. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013 Dez; 21(4):425-31.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF): MS; 2012.
20. Silva SG. Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. *Psicol Cienc Prof*. 2010 Set; 30(3):556-71.
21. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Soc*. 2009 Jun; 18(2):248-58.
22. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araújo MAL, Silva RM. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Ago; 21(4):8 telas .
23. Labronici LM. Resilience in women victims of domestic violence: a phenomenological view. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Set [cited 2015 Jul 03]; 21(3):625-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a18.pdf
24. Secretaria de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres (SEV); Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra mulher, 2014 [Internet]. 2011 Fev www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-mulher
25. Schraiber LB, Latorre MRD, França IJr, Sergri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAWSTUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010 Ago; 44(4):658-66.
26. Zancan N, Wassermann NN V, Lima GQde. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando Fam*. 2013 Set; 17(1):63-7.
27. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, de Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Jun; 20(3):689-99.
28. Braga LL, Dell'Aglio DD. Suicídio na Adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013 Jan-Jun; 6(1):1-14.
29. Souza FBC, Drezett J, Meirelles AC, Ramos DG. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod Clim*. 2013 Mar; 7(3):98-103.
30. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011 Nov; 45(3):564-74.
31. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2013 Abr; 72 :53-77.
32. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):305-14.
33. Valadares FC, Souza ER. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2010 Set; 15(6):2763-74.
34. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2015 Abr; 31(44):874-84.
35. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2003.

Correspondência: Sybelle de Souza Castro
NUVE - Hospital de Clínicas UFTM
Av. Getúlio Guaritá, 330
38025-440 - Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: sybelle@mednet.com.br

Recebido: 26 de junho de 2015
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016