

## Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul

Priscila Lawrenz<sup>1,\*</sup>, Davi Manzini Macedo<sup>2</sup>, Jean von Hohendorff<sup>3</sup>,  
Clarissa Pinto Pizarro de Freitas<sup>4</sup>, Laura Nichele Foschiera<sup>1</sup>, & Luísa Fernanda Habigzang<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>3</sup> IMED, Passo Fundo, RS, Brasil

<sup>4</sup> Universidade Salgado de Oliveira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**RESUMO** – Este estudo teve como objetivo caracterizar as situações de violência contra mulheres notificadas pelos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. Foram analisadas 20.999 notificações realizadas entre 2010 e 2014. As notificações incluíram, com maior frequência, mulheres de 19 a 29 anos. A violência física foi a mais predominante, sendo a residência da vítima o principal local de ocorrência. A maioria dos agressores era do gênero masculino, parceiros ou ex-parceiros íntimos. As mulheres foram encaminhadas com maior frequência para ambulatórios e delegacias. Os resultados podem subsidiar estratégias para prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher. O estudo permitiu identificar fragilidades nas informações notificadas, bem como nos encaminhamentos realizados, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** violência de gênero, violência contra a mulher, violência doméstica, saúde pública

## Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul

**ABSTRACT** – The aim of this study was to characterize the situations of violence against women reported by health professionals in Rio Grande do Sul. A total of 20.999 reports were performed between 2010 and 2014. The most frequent reports included women aged 19 to 29 years old. The most frequent type of violence was physical, and the victim's residence was the most frequent place. Most of perpetrators were male, partner or ex-partner of the victim. Women were referred more frequently to clinics and police station. The results can support strategies for prevention and coping violence against women. The study allowed identifying weaknesses in the report information, as well as in the referrals made, indicating the need for investments in the training of health professionals.

**KEYWORDS:** gender violence, violence against women, domestic violence, public health

A violência contra a mulher é definida como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo a ameaça de praticar tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado (United Nations [UN], 1993). É reconhecida como uma violação de direitos humanos e um grave problema de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2016). Trata-se de um fenômeno que atinge mulheres em

todas as partes do mundo, sendo que os parceiros íntimos são reconhecidos como os principais agressores (Baugher & Gazmararian, 2015; Miranda, Paula, & Bordin, 2010; Schraiber et al., 2007).

Fatores sociais e culturais devem ser considerados quando se examina a natureza da violência contra a mulher (Kronbauer & Meneghel, 2005; Saffioti, 2001). Para tanto, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais. *Gênero* é um conceito

\* E-mail: [prisci\\_lawrenz@yahoo.com.br](mailto:prisci_lawrenz@yahoo.com.br)

cultural relacionado à forma como a sociedade atribui papéis diferentes a homens e mulheres (Kronbauer & Meneghel, 2005). Enquanto os homens dominam e controlam, espera-se das mulheres cuidado e submissão. Em muitas culturas, a violência de gênero continua sendo aceita como uma prática normal, e mulheres silenciam o seu sofrimento (Kumar, Nizamie, & Srivastava, 2013; White & Satyen, 2015).

Estimativas apontam que uma em cada três mulheres no mundo irá experimentar violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual cometida por outra pessoa durante o curso de sua vida (WHO, 2016). No Brasil, a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) é um serviço de utilidade pública gratuito e confidencial que recebe notificações de violência e reclamações sobre os serviços da rede de atendimento, orientando as mulheres sobre legislações e os seus direitos. De acordo com dados do Ligue 180, em 2015, foram realizados 749.024 atendimentos, uma média de 62.418 por mês e 2.052 por dia. Do total de atendimentos, 10,23% corresponderam a relatos de violência, dos quais 58,86% foram cometidas contra mulheres negras. Entre os relatos, 50,16% corresponderam à violência física, 30,33% à violência psicológica, 7,25% à violência moral, 4,54% à violência sexual e 2,10% à violência patrimonial. A maior parte das situações de violência registradas ocorreram na zona urbana (90,14%). Em 72% dos casos, as violências foram cometidas por homens com quem as vítimas tinham ou tiveram algum vínculo afetivo (e.g., ex-companheiros, cônjuges, namorados ou amantes; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2016).

A violência afeta diferentes aspectos da vida da mulher: sua saúde, produtividade e habilidade de cuidar de si e de sua família (Kumar et al., 2013; Mendonça & Ludermir, 2017). Agressões físicas com ataques repetidos ou de alta intensidade podem causar traumatismos (e.g., fraturas e hemorragias) e lesões/doenças crônicas (e.g., dor crônica). Os altos índices de estresse vivenciados pelas vítimas podem contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial, problemas gastrointestinais e transtornos mentais (Miranda et al., 2010). Os sintomas psicológicos podem se manifestar na forma de negação, choque, confusão e medo. Transtornos comumente apresentados por mulheres vítimas de violência são depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ideação e tentativa de suicídio e abuso de substâncias (Beydoun, Beydoun, Kaufman, & Zonderman, 2012; Mendonça & Ludermir, 2017; Miranda et al., 2010; Schraiber et al., 2007).

Em 2006, entrou em vigor uma lei específica que objetiva coibir a violência contra as mulheres no Brasil, conhecida como Lei Maria da Penha. A partir dessa lei, todo caso de violência contra mulher torna-se crime e deve passar por inquérito policial. A lei tipifica as formas de violência doméstica como: (a) violência física: qualquer conduta que ofenda a integridade e a saúde corporal; (b) violência psicológica: condutas que causem danos emocionais, diminuição da autoestima, prejuízo do desenvolvimento

e humilhação; (c) violência sexual: qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça ou uso de força, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; (d) violência patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores ou recursos econômicos; (e) violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Lei Federal nº 11.340, 2006).

A partir de 2015, passou a vigorar a Lei do Feminicídio. De acordo com a nova lei, as agressões cometidas contra uma pessoa do gênero feminino no âmbito familiar que, de forma intencional, causem lesões ou agravos que levem à morte são chamadas de feminicídio (Lei Federal nº 13.104, 2015). Entre 2003 e 2013, o número de vítimas de feminicídio passou de 3.937 para 4.762, um aumento de 21% na década. As 4.762 mortes em 2013 representam 13 feminicídios diários (Waiselfisz, 2015).

Desde a década de 1970, a notificação de situações de violência é compulsória para todos os profissionais e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde (Lei Federal nº 6.259, 1975). A obrigatoriedade da notificação dos casos específicos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados também foi estabelecida pela Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003 (Lei Federal nº 10.788, 2003). Por meio da notificação, os órgãos de proteção podem atuar no rompimento do ciclo de violência e na garantia de proteção à vítima. Além disso, a notificação possibilita o mapeamento das características das situações de violência e sua prevalência, dados que podem ser utilizados na proposição de políticas de prevenção e enfrentamento (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Até recentemente, a descrição dos casos de violência que aconteciam no Brasil limitava-se às informações fornecidas pelos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH) e pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO). A partir de 2009, as notificações referentes à violência interpessoal passaram a ser realizadas por meio da Ficha Individual de Notificação SINAN (FIN-SINAN). A FIN-SINAN é composta por questões a respeito das características da vítima, o local de ocorrência e a tipologia da violência. Nos casos de violência sexual, investiga-se a ocorrência de penetração e os procedimentos de saúde realizados. Em relação aos dados do provável autor da agressão, pergunta-se o número de envolvidos, o vínculo/grau de parentesco com a vítima, gênero e suspeita de uso de álcool pelo agressor. São incluídas, também, questões sobre as consequências da violência, os encaminhamentos no setor da saúde para os demais serviços que compõem a rede de proteção e a evolução do caso (Ministério da Saúde, 2008).

A presente investigação enquadra-se em um projeto realizado em parceria com o Centro Estadual de Vigilância

em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS/RS). Tal projeto prevê a caracterização das notificações de violência contra crianças, adolescentes, adultos e idosos realizadas por meio da FIN-SINAN no estado. Posteriormente, visa à utilização desses dados para capacitar os profissionais das Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul para identificação, acolhimento, notificação e encaminhamento de casos de violência atendidos em sua rotina profissional.

Visando contribuir com os esforços de maior conhecimento e divulgação de informações sobre casos de violência contra mulheres, o objetivo deste estudo é

caracterizar as situações de violência perpetradas contra este grupo notificadas por meio da FIN-SINAN, no período entre 2010 e o primeiro semestre de 2014, no Rio Grande do Sul. O presente estudo visa identificar as características (a) das vítimas (e.g., idade, cor e escolaridade); (b) das situações de violência (e.g., formas de violência, número de episódios e local de ocorrência); (c) e dos agressores (e.g., gênero, relação com a vítima e suspeita de uso de álcool). Além disso, objetiva-se investigar quais encaminhamentos para a rede de saúde e de proteção foram realizados após a notificação.

## MÉTODO

### Amostra

Foram analisadas 20.999 notificações de violência contra mulheres realizadas no período de 2010 ao primeiro semestre de 2014 no Rio Grande do Sul.

### Procedimentos de Obtenção dos Dados

Este estudo é parte de um projeto realizado em parceria com o Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do CEVS/RS. O CEVS/RS forneceu um banco de dados com 58.391 notificações de casos de violência envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos realizadas entre 01/01/2010 a 31/07/2014. Neste estudo, foram incluídas as 20.999 notificações de violência que envolviam mulheres com idades entre 19 e 59 anos. As notificações que compõem o banco de dados foram realizadas por profissionais da saúde que atuam em hospitais, pronto-atendimentos e Unidades Básicas de Saúde do estado a respeito de casos de suspeita ou confirmação de violência. O instrumento de preenchimento dos dados utilizado pelos profissionais é a FIN-SINAN na versão 2008. O preenchimento é embasado em documento de autoria do Ministério da Saúde (2008).

A princípio, a FIN-SINAN é preenchida em papel ou em meio eletrônico pelos profissionais da saúde. Posteriormente, os formulários devem ser encaminhados aos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica das secretarias

municipais, que repassam semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde. A equipe de pesquisa não controlou as condições de coleta das variáveis que compõem a ficha e nem sua exportação para plataforma virtual. Esses são procedimentos internos previstos pela equipe do CEVS/RS, sujeitos à organização administrativa dos serviços de saúde do estado. Para fins de análises descritivas e inferenciais, a equipe de pesquisa exportou os dados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 21). O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

### Análise de Dados

As notificações foram analisadas de forma descritiva, buscando caracterizar o perfil das vítimas, das situações de violência, dos agressores, bem como os encaminhamentos realizados. A fim de investigar se havia diferenças na frequência de notificações de violência contra a mulher segundo as características sociodemográficas da vítima (e.g., grupo etário, escolaridade e estado civil), foram realizadas análises de Chi-Quadrado ( $\chi^2$ ). Além disso, as análises de  $\chi^2$  foram aplicadas para avaliar se a frequência de notificações de violência contra a mulher apresentava diferenças significativas ao comparar casos em que a agressão foi realizada por um ou mais agressores, conforme o sexo do agressor e se o agressor havia ingerido álcool ao cometer a agressão notificada.

## RESULTADOS

As mulheres possuíam idades entre 19 e 59 anos ( $M = 34,42$  anos;  $DP = 10,64$ ) no momento da notificação. Foi observada uma diferença significativa quanto à faixa etária das vítimas. Os resultados demonstraram maior número de notificações entre vítimas de 19 a 29 anos, enquanto, na faixa etária de 50 a 59, foi observado menor número de notificações de violência (ver Tabela 1).

Quanto à raça das mulheres, 80,1% se autoidentificaram como brancas. No que tange ao nível de escolaridade, 33,5% relataram ter ensino fundamental incompleto. As notificações de violência foram mais frequentes entre as alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto. Do total de notificações analisadas, 49,9% das mulheres eram casadas ou estavam em uma união estável. Segundo o estado

civil, as mulheres casadas apresentaram o maior número de notificações (ver Tabela 1).

Na Tabela 2, são descritas as formas de violência, bem como zona e local de ocorrência. A violência física foi a mais frequente (69,9%). Em 50,3% das situações houve uso de força corporal ou espancamento. As formas de violência sexual incluíram, em sua maioria, estupro. Na zona urbana, foi identificado maior número de casos (88%), sendo que a residência da vítima foi identificada como o principal local de ocorrência (76,4%).

Tabela 1. Características pessoais e sociodemográficas das mulheres vítimas de violência

Variável	N	%	$\chi^2$
<b>Idade</b>			3.554,09*
19 a 29	7.801	38,6	
30 a 39	6.049	29,9	
40 a 49	4.118	20,4	
50 a 59	2.237	11,1	
<b>Raça/etnia</b>			
Branca	16.719	80,1	
Parda	2.209	10,6	
Preta	1.201	5,8	
Indígena	93	0,4	
Amarela	66	0,3	
Ignorado	582	2,8	
<b>Escolaridade</b>			17.669,76*
Ensino fundamental incompleto	6.543	33,5	
Ensino fundamental completo	3.129	16	
Ensino médio completo	3.115	15,9	
Ensino médio incompleto	1.467	7,5	
Ensino superior incompleto	487	2,5	
Ensino superior completo	584	3	
Analfabeta	257	1,3	
Ignorado	3.974	20,3	
<b>Situação conjugal</b>			24.693,42*
Casada/união estável	9.691	49,9	
Solteira	5.843	30,1	
Separada	2.221	11,4	
Viúva	346	1,8	
Ignorado	1.200	6,2	
Não se aplica	114	0,6	

Nota: \* -  $p \leq 0,001$ .

Na maioria das situações de violência, as agressões foram cometidas por um único agressor (82,1%) e do gênero masculino (67,5%). Parceiros ou ex-parceiros íntimos (e.g., cônjuges, ex-cônjuges, namorados e ex-namorados) foram responsáveis por 52,2% dos casos de violência notificados. Em 39,8% dos casos, identificou-se que o agressor fazia uso de bebida alcoólica. Foram observadas diferenças significativas na frequência das notificações considerando as suas características (e.g., número de agressores, gênero do agressor e uso de bebida alcóolica) (ver Tabela 3).

Tabela 2. Descrição das formas de violência, zona e local de ocorrência

Variável	N	%
<b>Formas de violência</b>		
Violência física	6.109	69,9
Violência psicológica	3.386	47,1
Violência sexual	1.101	5,6
Violência financeira	481	2,5
<b>Características da violência física</b>		
Uso de força corporal ou espancamento	4.929	50,3
Objeto perfurocortante	1.684	8,6
Enforcamento	896	4,6
Objeto contundente	851	4,4
Envenenamento	545	5,7
Arma de fogo	479	2,5
Substância quente	167	0,9
<b>Características da violência sexual</b>		
Estupro	833	4,3
Assédio sexual	213	1,1
Atentado violento ao pudor	104	0,5
Exploração sexual	26	0,1
<b>Ocorrência de penetração</b>		
Penetração vaginal	717	3,8
Penetração anal	214	1,1
Penetração oral	185	0,9
<b>Zona de ocorrência da violência</b>		
Zona urbana	16.950	88
Zona rural	1.852	9,6
Zona periurbana	342	1,8
Ignorado	111	0,6
<b>Local de ocorrência da violência</b>		
Residência	15.592	76,4
Via pública	2.502	12,3
Bar ou similar	410	2
Comércio/serviços	318	1,6
Outros	1.175	5,7
Ignorado	423	2,1

Quanto às consequências da violência, em 19,9% dos casos, foi identificado o TEPT. Em relação aos atendimentos, a maioria das mulheres recebeu atendimento ambulatorial (60,7%), sendo que, em 2,4%, foi realizada profilaxia para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). As delegacias foram os principais locais de encaminhamento da rede de proteção (31,9%), seguidas pelas Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM) (21,5%). Em 80,5% das situações de violência, as mulheres receberam alta (ver Tabela 4).

Tabela 3. Número de agressores por episódio de violência, sexo do agressor, relação com a vítima e uso de bebida alcoólica

Variável	N	%	$\chi^2$
<b>Número de agressores</b>			22.376,78*
Um agressor	16.784	82,1	
Dois agressores ou mais	3.124	15,3	
Ignorado	533	2,6	
<b>Gênero do agressor</b>			22.563,30*
Masculino	13.718	67,5	
Feminino	5.366	26,4	
Ambos os sexos	487	2,4	
Ignorado	744	3,7	
<b>Agressor</b>			
Cônjuge	6.978	35,5	
Ex-cônjuge	2.260	11,6	
Desconhecido	1.413	7,3	
Amigos/Conhecidos	1.343	6,9	
Filho	722	3,7	
Namorado	666	3,4	
Irmão	493	2,6	
Ex-namorado	423	2,2	
Mãe	258	1,3	
Pai	229	1,2	
<b>Uso de bebida alcoólica pelo agressor</b>			516,17*
Não	8.068	39,8	
Sim	6.758	33,4	
Ignorado	5.428	26,8	

Nota: \*  $p \leq 0,001$ .

Tabela 4. Consequências da violência, procedimentos e encaminhamentos para os serviços de saúde, encaminhamentos para a rede de proteção e evolução dos casos

Variável	N	%
<b>Consequências da violência</b>		
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	3.693	19,9
Tentativa de suicídio	1.511	8,2
Transtornos de comportamento	894	4,9
Transtornos mentais	465	2,5
Gravidez	65	0,4
Contração de DST	38	0,2
Outras consequências	677	3,8
<b>Encaminhamentos de saúde</b>		
Ambulatorial	11.994	60,7
Hospitalar	2.512	12,7
Não se aplica	2.960	15
Ignorado	2.278	11,5
<b>Procedimentos em saúde</b>		
Profilaxia HIV	474	2,4
Profilaxia DST	468	2,4
Coleta de sangue	411	2,1
Profilaxia Hepatite B	329	1,7
Contracepção de emergência	283	1,5
Coleta de secreção vaginal	98	0,5
Coleta de sêmen	54	0,3
Aborto previsto em lei	11	0,1
<b>Encaminhamentos para os serviços da rede</b>		
Outras delegacias	6.145	31,9
Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher	4.120	21,5
Outros encaminhamentos	3.278	17,4
Centro de Referência da Mulher	2.359	12,3
CRAS ou CREAS	1.941	10,2
Instituto Médico Legal	1.033	5,4
Ministério Público	733	3,9
Conselho Tutelar	636	3,4
Casa Abrigo	252	1,3
Delegacia de Proteção à Criança e Adolescência	96	0,5
Programa Sentinela	48	0,3
Vara da Infância e Adolescência	45	0,2
<b>Evolução dos casos</b>		
Alta	15.704	80,5
Óbito por violência	429	2,2
Fuga/evasão	273	1,4
Óbito por outras causas	21	0,1
Ignorado	3.072	15,8

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar as situações de violência contra mulheres notificadas pelos profissionais da saúde por meio da FIN-SINAN, no Rio Grande do Sul. As análises realizadas permitiram identificar a gravidade das agressões sofridas por mulheres no estado e a importância da notificação pelos profissionais da saúde que atendem os casos. A investigação das situações de violência é importante porque contribui para diminuir a invisibilidade dessa realidade vivida por inúmeras mulheres no Brasil. Apesar de ser considerado um problema de saúde pública, o enfrentamento dessa forma de violência demanda ações mais efetivas e que incluam diferentes setores da sociedade (Delziovo, Bolsoni, Nazário, & Coelho, 2017).

Quanto às características das vítimas, o número de notificações de violência diferenciou-se segundo a faixa etária das mulheres. Esse resultado está de acordo com estudos anteriores que identificaram que a maior incidência de agressões contra a mulher ocorre nas faixas etárias entre 18 e 29 anos (Deslandes, Gomes, & Silva, 2000; Saffioti, 1997). Os dados também podem ser interpretados a partir do pressuposto de que mulheres com idades mais avançadas notificam menos as situações de violência que vivenciam. Durante muito tempo, a importância de ser boa esposa e mãe esteve fortemente ligada a valores que tornavam as mulheres mais vulneráveis à violência. Ainda hoje, muitas vítimas não reportam as agressões por medo, vergonha, pressões familiares, dificuldade de entender tais atos como um crime (Kumar et al., 2013) e pela ineficácia institucional que compreende as atitudes negativas dos operadores de justiça, a burocracia, a falta de orientação e a revitimização (Meneghel et al., 2011).

A maioria das notificações realizadas pelos profissionais da saúde incluiu mulheres de raça branca. Esse resultado, que difere dos dados divulgados a partir do Ligue 180 (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2016), pode estar relacionado ao perfil demográfico do Rio Grande do Sul. No último censo populacional, 83,22% da população declarou-se branca (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

As notificações de violência foram mais frequentes entre mulheres com ensino fundamental incompleto. Esse dado está de acordo com um estudo que objetivou verificar a prevalência e as formas de violência cometidas contra 251 mulheres que consultaram uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre (RS). Mulheres com menos anos de estudo apresentaram prevalências mais altas de violência (Kronbauer & Meneghel, 2005). Além do nível educacional, esses resultados também podem refletir diferenças socioeconômicas e relacionadas ao serviço de saúde acessado. Mulheres com maior nível de escolaridade e poder aquisitivo tendem a buscar serviços de saúde privados e podem solicitar que a situação de violência não seja notificada (Oliveira, Cardoso, Almeida, Cardoso, &

Gutfilen, 2014), apesar da obrigatoriedade para todos os serviços de saúde do país. Mesmo tendo sido identificada maior frequência de notificações envolvendo mulheres jovens, de raça branca, com ensino fundamental incompleto e que eram casadas ou estavam em uma união estável, deve-se salientar que a violência é um fenômeno democrático, que pode acometer mulheres independentemente de suas características pessoais e sociais (Meneghel et al., 2011; Saffioti, 2001).

Entre as formas de violência, a mais frequente foi a física. No entanto, como é identificado em outros estudos, a violência contra a mulher pode envolver múltiplas agressões. Em muitos casos, a violência física é acompanhada por abusos psicológicos e sexuais (Deslandes et al., 2000; Fonseca, Ribeiro, & Leal, 2012; Kronbauer & Meneghel, 2005). O resultado encontrado neste estudo difere do que foi observado por Schreiber et al. (2007), que identificaram a violência psicológica como mais frequente. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que, em geral, os serviços de saúde são acessados quando a violência deixa marcas físicas. Além disso, muitas mulheres, e mesmo profissionais da saúde, têm dificuldade para identificar situações de violência psicológica. Da mesma forma, muitas mulheres são coagidas a manterem relações sexuais com seus parceiros e não identificam essas situações como violência (White & Satyen, 2015).

O maior número de situações de violência notificadas ocorreu em zona urbana e na residência da vítima. O contexto doméstico tem sido identificado na literatura como o principal local de ocorrência de violência contra a mulher (Bruschi, Paula, & Bordin, 2006; Deslandes et al., 2000; D'Oliveira et al., 2009; Schraiber et al., 2007; Silva, Lima, & Ludermir, 2017; White & Satyen, 2015; WHO, 2016). A privacidade do lar, muitas vezes, esconde os abusos cometidos (Deslandes et al., 2000). Indivíduos com quem as mulheres têm ou tiveram laços afetivos e de intimidade, como cônjuges e ex-cônjuges, são identificados como os principais agressores (Baughner & Gazmararian, 2015; Gallagher & Parrott, 2011; Miranda et al., 2010; Schraiber et al., 2007; White & Satyen, 2015; WHO, 2016). As crenças sobre os papéis sociais que devem ser desempenhados pelos homens incluem a violência e a desvalorização do que é considerado feminino (Baughner & Gazmararian, 2015; Gallagher & Parrott, 2011). Homens que manifestam sentimentos defensivos e insegurança em seus relacionamentos podem usar a violência como forma de recuperar o senso de poder e controle (Baughner & Gazmararian, 2015; Gallagher & Parrott, 2011; Reidy, Berke, Gentile, & Zeichner, 2014). Torna-se fundamental que intervenções para prevenção de violência estejam baseadas na desconstrução de estereótipos de gênero que contribuem para relações desiguais de poder entre homens e mulheres. Além disso, é importante atentar para a frequência

de casos nos quais o autor da violência havia consumido álcool. Esse é um fator de risco que também deve ser considerado em políticas de prevenção à violência.

Quanto às consequências da violência atribuídas pelos profissionais da saúde, com maior frequência, foi identificado o TEPT. Esse dado deve ser interpretado com cautela, já que o diagnóstico de TEPT exige um período mínimo de um mês de manutenção dos sintomas após o episódio traumático (American Psychiatric Association [APA], 2013), o que pode impossibilitar a identificação do transtorno no momento do atendimento que gerou a notificação da violência. Para o preenchimento do campo referente às consequências, exige-se diagnóstico clínico emitido por profissional habilitado (Ministério da Saúde, 2008). As dificuldades em relação à identificação das consequências produziram um número considerável de informações ausentes no banco de dados. Na versão da FIN-SINAN que entrou em vigor em 2015, os campos referentes às consequências foram excluídos (Ministério da Saúde, 2015b).

No que se refere aos atendimentos em saúde recebidos pelas mulheres vítimas de violência, a maioria foi atendida em ambulatório e recebeu alta após a realização dos procedimentos em saúde. Ressalta-se que, apesar da alta frequência de casos de violência sexual que incluíram estupro, em apenas 2,4%, foi realizada profilaxia para HIV e outras ISTs. Esse resultado pode indicar o desconhecimento ou a falta de capacitação dos profissionais acerca dos encaminhamentos recomendados pelo Ministério da Saúde (2015a) para casos de violência sexual. Além disso, a prática de alguns profissionais da saúde pode estar permeada por

valores culturais que minimizam a gravidade da violência sexual contra a mulher. Em função das graves repercussões, a vítima de violência sexual requer um atendimento que promova a redução dos agravos e danos para a saúde. Para tanto, devem ser incluídas medidas de proteção à gravidez e à contaminação por ISTs (Faúndes, Rosas, Bedone, & Orozco, 2006).

Em relação aos encaminhamentos para a rede de proteção, com maior frequência as mulheres foram encaminhadas a delegacias. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de a maioria das cidades do Rio Grande do Sul não possuir DEAMs. As DEAMs são unidades especializadas da Polícia Civil que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e sexual contra mulheres. No local, são realizados BO, solicitação ao juiz de medidas protetivas e investigação dos crimes (Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, 2016). Além das delegacias, identificou-se que muitos casos foram encaminhados para outros serviços (e.g., Centro de Referência da Mulher, Conselho Tutelar, etc.). A diversidade de encaminhamentos pode representar uma falta de organização entre a rede de saúde e proteção, já que as delegacias devem ser a porta de entrada dos casos de violência contra a mulher. De acordo com Meneghel et al. (2011), que avaliaram o trajeto percorrido em Porto Alegre (RS) por mulheres em busca do rompimento da violência, não foi possível identificar um fluxo preciso e eficiente entre os serviços, sendo que o caminho é diferente para cada mulher.

## CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou compreender características das situações de violência contra mulheres notificadas no Rio Grande do Sul pelos profissionais da saúde. As principais limitações deste estudo incluíram a ausência de controle sobre a coleta de dados e a exportação para plataforma virtual das variáveis que compõem a FIN-SINAN 2008. Além disso, a análise dos dados indicou a presença de um grande número de informações que foram reportadas como “ignoradas” pelos profissionais da saúde ou que constavam como “ausentes” no banco de dados. A ausência dessas informações pode ter relação com a complexidade envolvida na dinâmica da violência e a relutância, por parte de algumas vítimas e profissionais da saúde, em informar a respeito de todos os aspectos envolvidos na situação. Por outro lado, também pode representar o cuidado dos profissionais respondentes com o preenchimento da informação, uma vez que ela pode não ter sido identificada. De qualquer forma, profissionais da saúde devem receber capacitações com o objetivo de sensibilizá-los a respeito da importância da notificação e do preenchimento preciso e completo dos dados.

A violência contra a mulher não é um fenômeno recente. O que é recente é a preocupação com o enfrentamento, a criminalização e a compreensão de que se trata de um problema de saúde pública. Os abusos ocorrem em níveis relacionais e sociais, o que requer mudanças culturais e educativas para o seu enfrentamento que vão além da criminalização dos agressores. A compreensão das características das agressões e da dinâmica da violência contra a mulher possibilita o atendimento adequado das vítimas e o planejamento de estratégias de prevenção. É cada vez mais importante que os profissionais da saúde compreendam a importância da notificação e da realização de encaminhamentos adequados para cada um dos casos. A principal contribuição deste estudo é fornecer subsídios que podem auxiliar na qualificação da política de vigilância epidemiológica e dos atendimentos de mulheres vítimas de violência. Avaliar as potencialidades e fragilidades dessas iniciativas pode contribuir para o empreendimento mais efetivo de recursos públicos para o enfrentamento da violência contra a mulher.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Baughar, A., & Gazmararian, J. A. (2015). Masculine gender role stress and violence: A literature review and future directions. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 107-112. doi: 10.1016/j.avb.2015.04.002
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 75*(6), 959-975. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025.
- Bruschi, A., Paula, C. S., & Bordin, I. A. S. (2006). Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Revista de Saúde Pública, 40*(2), 256-264. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240152011.pdf>
- Delziovo, C. R., Bolsoni, C. C., Nazário, N. O., & Coelho, E. B. S. (2017). Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 33*(6), 1-13. doi: 10.1590/0102-311x00002716
- Deslandes, S. F., Gomes, R., & Silva, C. M. F. P. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública, 16*(1), 192-137. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/00D/csp/v16n1/1571.pdf>
- D'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., França-Junior, I., Ludermit, A. B., Portella, A. P., Diniz, C. S., ... Valença, O. (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública, 43*(2), 299-310. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf>
- Faúndes, A., Rosas, C. F., Bedone, A. J., & Orozco, L. T. (2006). Violência sexual: Procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28*, 126-135. doi: 10.1590/S0100-72032006000200009
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: Realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade, 24*(2), 307-314. doi: 10.1590/S0102-71822012000200008
- Gallagher, K. E., & Parrott, D. J. (2011). What accounts for men's hostile attitudes toward women? The influence of hegemonic male role norms and masculine gender role stress. *Violence Against Women, 17*(5), 568-583. doi: 10.1177/1077801211407296
- Gonçalves, H. B., & Ferreira, A. L. (2002). Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 18*(1), 315-319. doi: 10.1590/S0102-311X2002000100032
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo 2010*. Retrieved from <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- Kronbauer, J. F. D., & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública, 39*(5), 695-701. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240149001.pdf>
- Kumar, A., Nizamie, S. H., & Srivastava, N. K. (2013). Violence against women and mental health. *Mental Health and Prevention, 1*, 4-10. doi: 10.1016/j.mhp.2013.06.002
- Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (1975, 31 de outubro). Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Lei nº 10.788, de 24 de novembro de 2003 (2003, 24 de novembro). Dispõe sobre a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, livro 1.
- Lei Federal nº 11.340, 07 de agosto de 2006 (2006, 07 de agosto). Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, livro 1.
- Lei Federal nº 13.104, 09 de março de 2015 (2015, 09 de março). Dispõe sobre a alteração do art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União*, livro 1.
- Mendonça, M. F. S., & Ludermit, A. B. (2017). Intimate partner violence and incidence of common mental disorders. *Revista de Saúde Pública, 51*(32), 1-8. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006912
- Meneghel, S. N., Bairros, F., Mueller, B., Monteiro, D., Oliveira, L. P., & Collazioli, M. E. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de violência: Depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(4), 743-752. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400013.
- Ministério da Saúde. (2008). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal e Autoprovocada*. Retrieved from [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339685891\\_Ficha%20de%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%A7%C3%A3o%20SINAN.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339685891_Ficha%20de%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%A7%C3%A3o%20SINAN.pdf)
- Ministério da Saúde. (2015a). *Norma técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. Retrieved from <http://www.spm.gov.br/central-de-contenudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015b). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada*. Disponível em [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha\\_Viol\\_5\\_1\\_Final\\_15\\_06\\_15.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf)
- Miranda, M. P. M., Paula, C. S., & Bordin, I. A. (2010). Violência conjugal física contra a mulher na vida: Prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Revista Panamericana de Salud Pública, 27*(4), 300-308. doi: 10.1590/S1020-49892010000400009
- Oliveira, F., Cardoso, K. R. L., Almeida, C. A. P., Cardoso, L. R., & Gutfilen, B. (2014). Violence against women: Profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 23*, 49-54. doi: 10.1016/j.jflm.2014.01.011
- Reidy, D. E., Berke, D. S., Gentile, B., & Zeichner, A. (2014). Man enough? Masculine discrepancy stress and intimate partner violence. *Personality and Individual Differences, 68*, 160-164. doi: 10.1016/j.paid.2014.04.021
- Saffioti, H. I. B. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu, 16*, 115-136. doi: 10.1590/S0104-83332001000100007
- Saffioti, H. I. B. (1997). No fio da navalha: Violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In F. R. Madeira (Org.), *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil* (pp. 135-121). Rio de Janeiro: Editora Record/Rosa dos Tempos.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludermit, A. B., ... Couto, M. T. (2007).

- Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 797-807. doi: 10.1590/S0034-89102007000500014
- Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. (2016). *O que é delegacia especializada no atendimento à mulher (DEAM)?* Retrieved from <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/ acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/violencia/o-que-e-delegacia-especializada-no-atendimento-a-mulher-deam>
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2016). *Balanço 2015 – Ligue 180*. Retrieved from <http://www.spm.gov.br/noticias/ligue-180-registrou-749-024-atendimentos-em-2015>
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2011). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Retrieved from <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Politica-Nacional.pdf>
- Silva, J. M. M., Lima, M. C., & Ludermir, A. B. (2017). Intimate partner violence and maternal educational practice. *Revista de Saúde Pública*, 51(34), 1-11. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006848
- United Nations. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Retrieved from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/05/PDF/N9409505.pdf?OpenElement>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. Retrieved from <http://www.mapadaviolencia.org.br/>
- White, M. E., & Satyen, L. (2015). Cross-cultural differences in intimate partner violence and depression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 120-130. doi: 10.1016/j.avb.2015.05.005
- World Health Organization. (2016). *Violence against women*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Submetido: 23/08/2016

Revisado: 09/08/2017

Aceito: 03/10/2017 ■