



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM  
EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE  
COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
TURMA TOCANTINS**

**MARA CLEIDE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PALMAS, TOCANTINS: O QUE REVELAM  
OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN?**

**SALVADOR  
2017**

MARA CLEIDE OLIVEIRA DOS SANTOS

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PALMAS, TOCANTINS: O QUE  
REVELAM OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE  
NOTIFICAÇÃO - SINAN?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com área de concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde.

Orientadora: Greice Maria de Souza Menezes.

SALVADOR  
2017

## Ficha Catalográfica

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237v Santos, Mara Cleide Oliveira dos.

Violência contra as mulheres em Palmas, Tocantins: o que revelam os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN? / Mara Cleide Oliveira dos Santos – Salvador: M.C.O. Santos, 2017.

72 f.

Orientadora: Greice Maria de Souza Menezes.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Violência. 2. Violência Contra as Mulheres. 3. SINAN. I. Título.

CDU 396:36

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

**Mara Cleide Oliveira dos Santos**

**“VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM PALMAS, TOCANTINS: O que  
revelam os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação –  
SINAN ? ”**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de julho de 2017

Banca Examinadora:

*Greice Maria de Souza Menezes*

Profa. Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA

*Normélia Maria Freire Diniz*

Profa. Normélia Maria Freire Diniz – EENF/UFBA

*Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino*

Profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino – ISC/UFBA

Salvador  
2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres, consideradas por mim “sexo forte”, que foram vítimas de agressão ou ainda serão marcadas pela violência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter conseguido chegar até aqui, pois Ele renovou as minhas forças a cada manhã para que eu alcançasse esta vitória. Deus é fiel!

Ao meu esposo, Tom, o qual me apoiou e compreendeu nos momentos de angústias e cansaços, no decorrer dessa jornada. Amo-te!

Aos meus pais, de quem tanto me orgulho, em especial a minha mãe, pois ela sempre me incentivou e com todo o seu carinho estava ao meu lado. E as minhas amadas irmãs Lucineide e Ana Paula.

Agradeço de forma especial à minha querida orientadora, Dr<sup>a</sup> Greice Maria, a qual se dedicou às minhas orientações, com sugestões e críticas construtivas, sendo muito sincera com relação às minhas produções.

À renomada banca examinadora: Estela Maria, Lilian Fátima e Normélia Freire que contribuíram desde a minha qualificação com consideráveis apontamentos.

A todos os colegas do Mestrado pelo companheirismo da turma, com destaque para Janaína, Jucimária, Marileide e Marildes.

A todos os professores do Mestrado que contribuíram para a minha formação e somaram com os seus conhecimentos e experiências.

À Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins que em parceria com o Ministério da Saúde e ISC/UFBA nos possibilitou mais essa capacitação profissional, a título de mestre.

Ao apoio da Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da SVPPS, representadas pela Edilene, Fernanda, Sheilinha e Simone e ao Núcleo de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, do município de Palmas, em nome da Isabela. Obrigada!

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins – IFTO/ Campus Palmas que concedeu o meu afastamento do trabalho, em período integral, para me dedicar ao mestrado. Em especial às colegas do Serviço Social Cássia, Márcia e Tânia pelo apoio.

O companheirismo de todas as minhas amigas foi essencial, em especial da Evelyn, Valéria, Fatinha, Mayara, Jobherlane, Monique e Jordânia que de certa forma contribuíram para minha formação. Valeu por tudo! Vocês estão no meu coração!

*O maior educador não é o que controla, mas o que liberta.  
Não é o que aponta os erros, mas o que previne.  
Não é o que corrige comportamentos, mas o que ensina a refletir.*

Augusto Cury

## RESUMO

A investigação teve como objetivo caracterizar os casos de violência contra as mulheres, registrados no SINAN em Palmas, Tocantins, em 2016. Por meio de um estudo transversal, de cunho exploratório, foram analisados casos de violência contra mulheres entre 18 e 59 anos, identificando-se as características das vítimas, do (a) agressor (a), as formas e as circunstâncias da agressão, bem como os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde. Em 2016 foram notificados 497 casos de violência contra mulheres na faixa etária de interesse do estudo, além de 134 casos de lesões autoprovocadas. O perfil dos casos mostrou tratar-se de mulheres jovens (47,7% tinham até 29 anos) e de baixa escolaridade (45,8% tinham até o ensino fundamental). A violência física foi a forma mais comum de agressão (72,3%), seguida da psicológica (38,4%) e da sexual (15,6%). A maioria dos eventos ocorreu no próprio domicílio (77,3%), com o autor da agressão sendo do sexo masculino (90,5%) e parceiro ou ex parceiro íntimo das mulheres (77,5%). Na maior parte dos casos (59,4%), a violência era recorrente e houve referência ao consumo de bebidas alcoólicas pelo agressor (64,4%). Foram realizados encaminhamentos particularmente para o setor saúde e de assistência social. Problemas de preenchimento foram detectados em campos específicos da ficha de notificação, sendo necessárias novas capacitações com as equipes notificadoras a fim de superar a subnotificação desses casos e revelar segmentos sociais mais vulneráveis à violência. Os dados do perfil e contexto da violência são convergentes com aqueles encontrados em pesquisas científicas brasileiras que têm utilizado o SINAN como fonte de informação. O número de notificações aumentou significativamente nos últimos anos, entretanto, não se pode afirmar apenas que a violência tenha crescido, isto porque, as mulheres, mais convictas de seus direitos podem estar procurando mais os serviços de saúde para registrar a violência sofrida, desnaturalizando, assim, o fenômeno, ou, também, que os profissionais estejam mais capacitados e sensibilizados quanto à identificação da violência e a necessidade de notificação. Contudo, pode ser que esse estudo tenha mostrado apenas uma parcela do fenômeno em Palmas, não podendo afastar que persista subregistro de casos. Recomenda-se que seja realizado maior investimento na implementação das notificações, com treinamentos das equipes de saúde de modo que as informações produzidas possam orientar ações de enfrentamento do problema.

**Palavras-chave:** Violência. Violência contra as mulheres. SINAN.

## ABSTRACT

The research aimed to characterize cases of violence against women, registered in SINAN in Palmas, Tocantins, in 2016. Through a cross-sectional, exploratory study, cases of violence against women between the ages of 18 and 59 were analyzed, identifying the victims's characteristics, the aggressor, the forms and circumstances of the aggression, and such as the referrals made by health professionals. In 2016 were reported 497 cases of violence against women in the age group of the study and 134 cases were self-harm. The most part of the cases were young women (47.7% were under 29 years of age) and had low schooling (45.8% had reached elementary school). Physical violence was the most common form of aggression (72.3%), followed by psychological (38.4%) and sexual violence (15.6%). Most of the events (77.3%) occurred at home, with the author of the aggression being male (90.5%) and intimate partner or ex partner of women (77.5%). In most cases (59.4%), violence was recurrent and there was a reference to alcoholic consumption by the aggressor (64.42%). Referrals were made particularly to the health and social care sector. Problems of filling were detected in specific fields of the notification form, requiring new training with the reporting teams in order to overcome the underreporting of these cases and reveal social segments more vulnerable to violence. Data on the profile and context of violence are convergent with those found in Brazilian scientific studies that have used SINAN as a source of information. Although the number of notifications has increased significantly in recent years, it can not be said that violence has increased because women are more convinced of their rights and are still seeking health services to record the violence suffered, and denaturalizing the phenomenon, or that professionals are better trained and aware of the identification of violence and the need for notification. However, it may be that this study had shown only a portion of the phenomenon in Palmas, and can not rule out the persistence of underreporting of cases. It is recommended that more investment be made in the implementation of notifications, with training of health teams so that the information produced can guide actions to address the problem.

**Key-words:** Violence. Violence against women. SINAN.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Registros de violência contra mulheres (18-59 anos) notificados no SINAN, Palmas, Tocantins, 2009 a 2016.....	38
Figura 2- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo meios de agressão, utilizados no ato violento, Palmas, Tocantins, 2016. ....	41
Figura 3 - Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo as formas da violência, Palmas, Tocantins, 2016.....	42
Figura 4- Casos de violência sexual contra mulheres notificados no SINAN, segundo as formas, Palmas, Tocantins, 2016 .....	43
Figura 5- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo a hora de ocorrência, Palmas, Tocantins, 2016 .....	45
Figura 6- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo o dia de ocorrência, Palmas, Tocantins, 2016 .....	46
Figura 7- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo o mês de ocorrência, Palmas, Tocantins, 2016 .....	47

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características sociodemográficas das vítimas, Palmas, Tocantins, 2016..... 40
- Tabela 2- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características dos atos violentos, Palmas, Tocantins, 2016. .... 44
- Tabela 3- Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características do/a(s) autor/a (es/as) da violência, Palmas, Tocantins, 2016..... 48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAC	Divisão de Assistência Consular
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEAM	Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher
GDANT	Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NUPAV	Núcleo de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz
NVE	Núcleos de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RASEAM	Relatório Anual Socioeconômico da Mulher
SAVIS	Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIH/ SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM/PR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SSP/TO	Secretaria da Segurança Pública do Estado do Tocantins
SUS	Sistema Único de Saúde
URR	Unidade de Resposta Rápida
SVPPS	Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Violência de Gênero</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2 As Políticas de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres no Brasil</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Violência Contra as Mulheres e sua Interface com a Saúde</b> .....	<b>25</b>
<b>3.4 O SINAN e a Notificação da Violência Contra as Mulheres</b> .....	<b>27</b>
<b>3.5 Ações de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres no Tocantins e em Palmas</b> .....	<b>32</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1 Desenho e População do Estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2 Processamento e Análise dos Dados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.3 Aspectos Éticos</b> .....	<b>37</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>61</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO II</b> .....	<b>72</b>

## APRESENTAÇÃO

Este estudo teve como proposta de investigação a violência contra as mulheres em Palmas, Tocantins, uma vez que são desconhecidas as características das vítimas, dos agressores e das circunstâncias em que ocorrem os atos violentos nesta capital. Os objetivos do estudo foram descrever o perfil sociodemográfico das mulheres; identificar as formas, as circunstâncias e o período em que ocorreram os eventos, as características do (a) agressor (a) e os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde que atenderam as mulheres.

Foi realizado um estudo transversal, de cunho exploratório sobre os casos de violência contra mulheres, da faixa etária de 18 a 59 anos, notificados no SINAN em 2016. Os dados do SINAN foram disponibilizados pela Superintendência de Vigilância Promoção e Proteção à Saúde – SVPPS em março de 2017, momento em que se finalizou o lançamento e a correção das notificações do ano anterior no sistema. Foram analisadas variáveis relativas às características das vítimas, do (a) agressor (a), da forma e das circunstâncias da agressão e dos encaminhamentos realizados.

A motivação para estudar esse tema, tão relevante para a sociedade, decorreu da minha experiência profissional, em 2010, no trabalho de implantação da Vara de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em Palmas, Tocantins. Neste, a oportunidade de realizar atendimentos às mulheres em situação de violência, aos seus agressores, bem como aos familiares e demais envolvidos nos atos violentos, se configurou em um rico aprendizado para minha vida pessoal e profissional, fomentando o interesse pelo tema.

Trabalhando atualmente na Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde – SVPPS se tornou oportuno o aprofundamento no assunto, no intuito de cooperar com as atividades desenvolvidas pela área técnica de Violências e Acidentes.

O produto final dessa investigação busca auxiliar a gestão da Secretaria de Saúde do estado e do município na estruturação dos serviços de atenção às violências, além de dar maior visibilidade à dimensão do problema, especialmente entre profissionais do setor saúde. Ademais, pretendeu contribuir para o conhecimento sobre um tema proeminente para a Saúde Coletiva em Palmas, Tocantins.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um evento que ocorre nas sociedades humanas desde os primórdios, portanto, não é um fenômeno contemporâneo, contudo, apenas na segunda metade do século XX tornou-se um tema de interesse para investigação científica, em particular no campo da saúde. Dados epidemiológicos produzidos a partir de distintas fontes evidenciam que os eventos violentos constituem uma das principais causas de morbimortalidade, quer seja em nível nacional ou global (MORAES, PERES, REICHENHEIM, 2014).

A Organização Mundial de Saúde - OMS - define a violência como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002, p. 05).

Esta definição permite apreender como o termo violência é bastante amplo, abarcando diversas formas. Considerando a propositura do presente projeto, nos limitaremos a estudar a violência contra as mulheres.

A “Convenção de Belém do Pará”, de 1994, conceitua violência contra as mulheres como: “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2013a, p. 08).

A definição de violência doméstica e familiar contra as mulheres, adotada pela Lei Maria da Penha, é compreendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial às mulheres, no âmbito da esfera doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente da relação marital (BRASIL, 2006). A lei caracteriza cinco formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres: física, psicológica, sexual, moral e patrimonial:

- I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, 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 como 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; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de 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 (BRASIL, 2006, p. 2).

No Brasil, dados sobre violência contra as mulheres mostram que, independente da forma, este evento é altamente frequente. Pesquisa da Fundação Perseu Abramo por meio de entrevista a 2.365 mulheres e 1.181 homens, maiores de 15 anos de idade, residentes em zonas urbanas e rurais, de todos os estados das regiões brasileiras, revela que uma a cada cinco mulheres entrevistadas relata já ter sido vítima, ao menos uma vez na vida, de alguma forma de violência por conhecido ou desconhecido. As formas de violência pesquisadas abarcavam desde controle ou cerceamento, ameaça ou agressão física, violência verbal e psíquica até sexual (FUNDAÇÃO PSA/SESC, 2010).

A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), criada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, um canal importante de denúncia da violência pelas mulheres, publicou um balanço dos atendimentos realizados entre janeiro e outubro de 2015. No período, constatou-se que a maioria dos eventos (85,9%) dizia respeito à violência doméstica e familiar contra as mulheres e que 38,7% daquelas que telefonaram sofriam agressões diariamente (BRASIL, 2015a)<sup>1</sup>.

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2013 mostram especificamente a importância da violência sexual: no Brasil notifica-se um estupro a cada 10 minutos, estimando-se a ocorrência de 143 mil eventos a partir das 50.320 violências registradas (BRASIL, 2014).

Na edição do Mapa da Violência de 2015, que analisa os 106.093 homicídios contra mulheres no Brasil, entre 1980 e 2013, apenas neste último ano, 4.762 mulheres foram assassinadas, ou seja, 13 a cada dia, perfazendo uma taxa de 4,8 homicídios por cada 100 mil mulheres, o que representa um aumento de 111% em relação aos anos 80. No país, cerca de metade das mortes violentas de mulheres (50,3%) foi cometida por familiares e um terço (33,2%) por parceiros ou ex-parceiros. Estes dados situam o Brasil na quinta posição entre os

---

<sup>1</sup> Disponível em: < <http://www.compromissoeatitude.org.br/dadosnacionais-sobre-violencia-contra>>. Acesso em: 24 out. 2016.

83 países do mundo avaliados pela OMS, sendo o quarto a Federação Russa, o terceiro a Guatemala, o segundo a Colômbia, fechando o *ranking* em primeiro lugar El Salvador (WAISELFISZ, 2015).

Em Palmas, capital do estado do Tocantins, são claros os elevados registros de violência contra as mulheres, relativamente ao contexto nacional e regional. Dados do Mapa da Violência sobre homicídios de mulheres no Brasil de 2013 situam Palmas na sexta posição entre as capitais brasileiras e o Tocantins na décima terceira posição entre as unidades federativas com mais assassinatos de mulheres (taxas respectivas de 9,5 e 5,7 mortes/100.000 mulheres). Neste *ranking*, na primeira posição está o estado de Roraima (taxa de 15,3/100.000 mulheres) e a capital Vitória (11,8/100.000) e, em última, o estado de São Paulo e a sua própria capital — São Paulo, com taxas de 2,9 e 2,8 mortes por 100.000 mulheres, respectivamente (WAISELFISZ, 2015).

A violência contra as mulheres se constitui um problema de saúde pública sendo responsável por danos físicos e psicológicos imediatos à saúde, além de graves sequelas e mortes.

A violência que resulta em mortes é, no entanto, a face mais trágica do problema (WAISELFISZ, 2015). Mas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, conviver com um parceiro íntimo que comete violência pode ocasionar impactos à saúde de uma mulher, tanto de imediato como em longo prazo. Estudos mostram que as mulheres que sofreram agressões físicas ou sexuais, em qualquer fase de sua vida (infância/ adolescência/ idade adulta) tendem a desenvolver problemas de saúde física, mental e até mesmo adotarem comportamentos de risco, tais como: inatividade física, uso do tabaco, de outras drogas lícitas e ilícitas. As mulheres com histórico de violência estão mais suscetíveis ainda a desenvolver doenças, como depressão, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, desordens gastrintestinais, síndrome de intestino irritável e tentativas de suicídio; consequências à saúde reprodutiva também são descritas (WHO, 2002).

Desataca-se que a violência sexual pode levar a uma série de consequências para a saúde física, reprodutiva e psicológica, uma vez que, as mulheres agredidas sexualmente têm maiores cargas de transtornos de estresse pós-traumático, podendo chegar a casos fatais (JINA, THOMAS, 2013).

No Brasil, em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de complementar dados sobre violência que até então só eram capturados pelo Sistema de Informações de Mortalidade - SIM e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Com o VIVA se pretendia registrar eventos

violentos e acidentes menos graves que permaneciam sem notificação e também incorporar dados sobre violência doméstica, com informações sobre as vítimas, seus agressores e as circunstâncias da violência. Esse sistema foi organizado em dois componentes: VIVA Contínuo, para os casos de violência doméstica, sexual, outras interpessoais e autoprovocadas; e o VIVA Sentinela, para violências e acidentes em hospitais e emergências.

Em meados de 2008, o VIVA Contínuo foi acoplado ao SINAN, ajustando-se às orientações específicas do novo sistema, no que tange à unificação de coleta e emissão de dados<sup>2</sup>. Assim, a partir de 2009, a violência doméstica, sexual e outras formas de violência passam a integrar o SINAN, tornando-se eventos de notificação obrigatória nesse sistema.

Portanto, no Brasil uma das fontes promissoras de dados sobre a violência é o SINAN, que abarca além das formas de agressão definidas na Lei Maria da Penha, outras modalidades como a tortura, a lesão autoprovocada, o tráfico de seres humanos, a intervenção legal, a negligência e o abandono. Este registro é realizado por profissionais de saúde que atendem usuárias da rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Pesquisas epidemiológicas sobre o fenômeno da violência constituem-se importantes ferramentas para identificar o perfil das pessoas atingidas, o tipo e as circunstâncias do agravo, além das demandas que esses indivíduos apresentam aos distintos setores da sociedade, sobretudo, o de saúde. Estas informações também são fundamentais para monitorar a evolução da ocorrência e as mudanças ao longo do tempo, subsidiando dados para o planejamento de ações, inclusive de prevenção dos agravos e promoção da saúde (MASCARENHAS et al., 2009).

Investigações sobre violência contra as mulheres utilizando dados do SINAN ainda são incipientes, tanto em nível nacional como estadual. Não foram identificados, até o presente momento, estudos sobre violência contra as mulheres em Palmas utilizando os registros do SINAN, embora as notificações tenham aumentado significativamente desde a sua implantação até o presente momento. É, portanto, na perspectiva epidemiológica que se almeja caracterizar os casos de violência contra mulheres, registrados nesse Sistema de Informação, em Palmas - Tocantins, em 2016, visando identificar o perfil sociodemográfico das mulheres, características do (s) /da (s) agressores (as), as formas, as circunstâncias das violências e os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde. Pretende-se que a produção das informações deste estudo seja capaz de auxiliar a atuação dos gestores e técnicos, particularmente os de saúde quanto ao enfrentamento do problema exposto

---

<sup>2</sup> Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 24 out. 2016.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar os casos de violência contra as mulheres, registrados no SINAN em Palmas, Tocantins, em 2016, identificando o perfil sociodemográfico das vítimas, as formas e circunstâncias dos atos violentos, as características dos agressores e os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde que as atenderam.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o perfil sociodemográfico das mulheres;
- Identificar as formas de violência sofridas pelas vítimas, o período em que ocorreu e as circunstâncias da agressão;
- Identificar as características do (a) agressor (a);
- Descrever os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde;
- Descrever a evolução temporal das notificações de violências contra as mulheres registradas no SINAN no período de 2009 a 2016.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Violência de Gênero

A violência, reconhecida como fenômeno sociocultural, em sua gênese e abrangência, é um problema de saúde que se apresenta sob diversas formas, com importantes distinções entre homens e mulheres. Os primeiros estão expostos à violência na rua, por pessoas desconhecidas, com uso de armas de fogo e envolvimento no tráfico de drogas. Já as mulheres, são, sobretudo, vítimas de violência doméstica e familiar, geralmente cometidas pelo seu parceiro íntimo em seu próprio domicílio.

O presente trabalho adota o conceito de violência de gênero. O conceito de gênero foi elaborado para diferenciá-lo de “sexo” ainda que muitas vezes sejam confundidos como sinônimos. O sexo refere-se à distinção no corpo físico, enquanto o gênero está relacionado à constituição do ser social. Em 1949, Simone de Beauvoir, escritora francesa, autora do livro *O Segundo Sexo*, já afirmava que “não se nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1980).

A introdução do conceito de gênero, como categoria de análise, por feministas acadêmicas norte-americanas, propiciou contrapor o determinismo biológico das diferenças entre os sexos, ressaltando os condicionantes produzidos e reproduzidos nas relações sociais que implicam desigualdades e assimetrias de poder entre homens e mulheres (SCOTT, 1995). A autora enfatiza que “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p. 86).

A utilização do conceito de gênero permite compreender as relações entre homens e mulheres enquanto construções sociais, ou seja, determinadas social e culturalmente, portanto, não naturais, mas passíveis de modificação. Propicia compreender assim como a partir das diferenças biológicas se instauram desigualdades sociais que inferiorizam as mulheres. Portanto, as relações sociais entre homens e mulheres implicam relações desiguais, hierárquicas e de poder, com dominação dos homens e submissão das mulheres (BANDEIRA, 2014).

O termo “violência de gênero” procura desvelar um modelo de conduta que “[...] visa à preservação da organização social de gênero, fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino” (SAFFIOTI, ALMEIDA, 1995, p. 159).

As desigualdades de gênero são consideradas como um dos principais determinantes da violência cometida contra as mulheres e mais ainda quando esta envolve parceiros íntimos, pois incide sobre atribuições de homens e mulheres na sociedade, compreendidas na lógica da superioridade das prerrogativas masculinas que inferiorizam e tutelam o feminino, sendo, portanto, um conceito central para estudo do tema violência.

A violência de gênero evidencia o controle social sobre os corpos, a sexualidade e as mentes femininas, confirmando a distinção entre homens e mulheres na estrutura familiar e societária, especialmente quando os homens se sentem ameaçados. Nestas situações, a violência emerge como um recurso para conservar a ordem estabelecida (BANDEIRA, 2014).

Para Schraiber, D'Oliveira e Couto, a violência contra as mulheres representa a reafirmação do poder masculino:

Ao tomarmos a violência contra a mulher como questão de gênero, temos por hipótese que as relações entre homens e mulheres se encontram sob conflito e as formas interativas em crise, isto é, sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. A violência surge como comportamento de reconquista do poder ou para prevenir sua perda (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA; COUTO, 2009, p. 209).

A violência de gênero, alicerçada e mantida em razão da cultura patriarcal, machista e sexista, presente na sociedade brasileira, atinge mulheres independentemente da classe social, raça/cor, geração, orientação sexual, transpassando as relações interpessoais e influenciando os valores que são transferidos de geração para geração (SAFFIOTTI, 2004).

Para compreender o fenômeno da violência, também se faz necessário considerar as desigualdades de classe, raça e etnia. Para Heleieth Safiotti (2009), “Mais do que papéis sociais que se aprende nos processos de socialização, são as identidades sociais (gênero, raça e etnia, classe) que vão gestando a subordinação, a partir das experiências vividas que colocam as mulheres nesse lugar” (p. 82).

Diante da multicausalidade e complexidade da violência de gênero se faz necessário para seu enfrentamento levar em consideração ações intersetoriais e multidisciplinares. Como um fenômeno sociocultural, a violência abrange atos que constituem violação de direitos, tanto da perspectiva legal quanto ética, sendo imprescindível envolver distintos setores da sociedade como: Saúde, Educação, instâncias do Judiciário, da Assistência Social, da Segurança Pública e Organizações Não Governamentais a fim de dar respostas efetivas a essa problemática que atinge a população feminina no mundo todo.

### 3.2 As Políticas de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres no Brasil

A partir da década de 80, em eventos patrocinados por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência contra as mulheres foi reconhecida como um problema de escala mundial e, representantes de países membros desses organismos elaboraram instrumentos normativos de combate ao problema<sup>3</sup>. Assim, cabe destacar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1984), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (CONVENÇÃO..., 1994), a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995), e o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (2002).

No Brasil, um dos mais antigos e relevantes instrumentos de atenção às mulheres vítimas de violência foi a criação das Delegacias de Atendimento as Mulheres, em 1985, cuja finalidade era assegurar às vítimas em situação de violência um atendimento mais digno e humanizado, de acordo com as suas necessidades específicas. Tais Delegacias têm um papel primordial na rede de serviços que atende mulheres vítimas de violência, pois além de ser, geralmente, o primeiro órgão procurado por elas, é também um instrumento de prevenção e de visibilidade da violência, por meio das denúncias registradas (RIFIOTIS, 2004).

Em 2003, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com status de Ministério, é considerada como fundamental para a estruturação das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres. Com o objetivo de promover a igualdade entre homens e mulheres e lutar contra todos os meios de preconceito e discriminação social, a SPM trabalha na perspectiva da construção de um país mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inserção no processo de desenvolvimento cultural, econômico, social e político do país. A SPM atua de forma articulada aos demais ministérios e segmentos da sociedade civil, incluindo organismos internacionais, visando a implementação das políticas públicas para as mulheres<sup>4</sup>.

Dentre as ações da SPM voltadas para o combate à violência contra as mulheres, destaca-se em 2005 a disponibilização para a população brasileira da Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – Ligue 180. Esse é um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial, que recebe denúncias de violência e solicitações de informações sobre os serviços da rede de atendimento às mulheres, qualificado para orientá-las sobre seus

---

<sup>3</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.spm.gov.br/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

<sup>4</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.spm.gov.br/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

direitos e encaminhá-las para outros serviços, se necessário. Funciona 24 horas, todos os dias da semana, independentemente de feriados e pode ser acionado de qualquer parte do Brasil. A partir de março de 2014, cabe ao serviço Ligue 180 enviar as denúncias de violência aos órgãos competentes pela investigação dos casos, especificamente a Segurança Pública, o sistema de justiça e de direitos humanos e a Divisão de Assistência Consular - DAC<sup>5</sup> (BRASIL, 2015b).

Um marco legal no enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil é a Lei Maria da Penha, fruto de uma conquista de movimentos feministas que lutam há décadas pela prevenção, punição e eliminação da violência contra as mulheres. Em 2002, organizações feministas se reuniram para elaborar um anteprojeto de lei que foi enviado à Secretaria de Políticas para as Mulheres em 2004. Até a sua sanção, em 07/08/2006, este passou por ampla consulta com representantes da sociedade civil, especialistas em direito, servidores da segurança pública e demais representantes de entidades envolvidas no assunto, até ser aprovado nas duas Casas Legislativas<sup>6</sup>.

Considerada pelas Nações Unidas (WHO, 2012) como uma das melhores leis do mundo, a Lei Maria da Penha se transformou no principal instrumento legal de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil. A lei Maria da Penha, nº 11.340, representa um marco na justiça brasileira, pois consolida e amplia mecanismos para prevenir e punir as situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres, considerando estas agressões como crimes. Seu artigo 44, equivalente ao 129 do Código Penal, prevê a prisão em flagrante dos agressores de forma preventiva e define penas de um a três anos, em substituição às penalidades alternativas prévias à lei, além do afastamento do agressor do domicílio, proibido de aproximar-se da mulher (BRASIL, 2006).

Com a lei foram criados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres que possuem competência tanto cível como criminal. Além disso, medidas de urgência foram definidas visando proteger as vítimas de violência doméstica. E por fim, a atuação das Delegacias de Atendimento à Mulher, do Ministério Público, da Defensoria Pública e da rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência foram fortalecidas<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Unidade do Ministério das Relações Exteriores responsável pela prestação de assistência a brasileiros no exterior.

<sup>6</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.spm.gov.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

<sup>7</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.spm.gov.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

Ações de cunho social, preventivo, protetivo e repressivo da Lei Maria da Penha envolvem: a implementação de redes de serviços interinstitucionais, de centros de atendimento multidisciplinar, de delegacias especializadas e casas abrigo. Também estão incluídas ações de fomento à realização de estudos e consolidação de estatísticas sobre o tema, com proposição de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados das ações desenvolvidas. No país, têm sido realizadas campanhas educativas e cursos de capacitação de profissionais que atuam nas redes de atendimento, além da inclusão de conteúdos sobre equidade de gênero nas escolas (BRASIL, 2006).

O Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, lançado em 2009, outro instrumento também criado pela SPM, é uma instância voltada à disseminação de informações sobre as desigualdades de gênero e sobre os direitos das mulheres, a fim de fornecer subsídios para o processo de definição e execução de políticas públicas de gênero no país. O observatório trabalha em parceria com outras instituições públicas, organizações da sociedade civil e organismos internacionais com o objetivo de apresentar, de modo efetivo, um diagnóstico da realidade sobre a situação da população feminina no país, permitindo a avaliação e monitoramento das ações<sup>8</sup>.

Vale também ser citada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Programa “*Mulher: Viver sem Violência*”, elaborados em parceria com representantes do poder Executivo Federal (Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome); do Conselho Nacional do Ministério Público; do Conselho Nacional de Justiça; do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais; da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e do Executivo Municipal (BRASIL, 2011a).

O Programa “*Mulher: Viver sem Violência*”, instituído por meio do Decreto nº 8086/2013, foi implantado e coordenado pela SPM e tem como objetivo:

Integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira (BRASIL, 2013a, p. 01).

Um dos eixos desse Programa é a criação da Casa da Mulher Brasileira, um local que agrupa diversos serviços especializados para acolhimento das mulheres, envolvendo apoio psicossocial, Delegacia, Juizado, Ministério Público e Defensoria Pública. Prevê ações de

---

<sup>8</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.observatoriodegenero.gov.br/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

promoção da autonomia econômica das mulheres, local reservado para o cuidado das crianças – brinquedoteca, alojamento de passagem e central de transportes (BRASIL, 2013b).

Um dos mais novos instrumentos de enfrentamento da violência contra as mulheres é a Lei do Feminicídio (nº 13.104), promulgada em 09 de março de 2015, que altera o Código Penal ao prever o feminicídio como homicídio qualificado e incluí-lo à lista de crimes hediondos<sup>9</sup>. O feminicídio considera como motivo para assassinato da mulher a sua própria condição de ser mulher. A lei aponta também agravantes que podem aumentar a pena em um terço, caso o crime seja praticado durante a gestação ou nos três primeiros meses posteriores ao parto, ou tenha sido contra uma menor de quatorze anos ou maior de sessenta anos, contra uma mulher com deficiência ou quando ocorreu na presença de descendentes ou de ascendentes da vítima (BRASIL, 2015a).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015), especificamente no capítulo 4, que trata do enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, prevê a criação e o fortalecimento de diferentes instâncias<sup>10</sup>, em nível federal, estadual e municipal a fim de reduzir todas as formas de violência contra as mulheres (BRASIL, 2013c).

Nesse Plano, está previsto também a ampliação em 20% do número de serviços de saúde com notificação das violências no SINAN; o acompanhamento e a implementação da notificação compulsória nos municípios brasileiros; a elaboração de estratégias a fim de melhorar a notificação e investigação de óbitos por homicídios, além da criação de um Sistema Nacional de Dados sobre a Violência contra as Mulheres, sob responsabilidade da Secretaria de Política para as Mulheres, em parceria com o Ministério da Justiça, Desenvolvimento Social, Secretaria de Direitos Humanos e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).

Com este breve histórico, percebe-se que houve avanços significativos nas políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil, particularmente a partir de 2003, com a criação da SPM que elegeu como objeto de ação o combate à violência. Entretanto, em 2015, a SPM perdeu o status de Ministério, sendo deslocada para o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e posteriormente para o Ministério da Justiça, mudanças que têm implicado discontinuidades na sua atuação, com impacto na execução

---

<sup>9</sup>Os crimes hediondos são aqueles de extrema gravidade e, por isso, são tratados de forma mais severa pela justiça, sendo inafiançáveis e não podem ter a pena reduzida.

<sup>10</sup> Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e/ ou Núcleos especializados em delegacias existentes; Centros Especializados da Mulher em Situação de Violência; Serviços de Abrigamento; Defensorias Públicas Especializadas no atendimento as mulheres; Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres; Promotorias Especializadas de Atendimento às Mulheres, Institutos de Medicina Legal especializados no atendimento às mulheres em situação de violência; serviços de atendimento às mulheres migrantes em situação de violência nas fronteiras e serviços de responsabilização e educação do agressor.

dessas políticas públicas de enfrentamento da violência. Assim, a partir de 2016, observa-se um desmonte destas políticas<sup>11</sup>, com redução de verbas em ações sociais, inclusive com corte de investimentos em diversos programas voltados às mulheres. Houve diminuição de 63% no orçamento para o “Incentivo a Políticas de Autonomia das Mulheres”, 33% na “Promoção de Políticas de Igualdade e de Direitos das Mulheres” e uma queda de 74% para o “Atendimento às Mulheres em Situação de Violência”, quando comparados aos investimentos do ano anterior; em 2017 este valor reduziu de R\$ 56,5 milhões para R\$ 14,7 milhões<sup>12</sup>.

### **3.3 Violência Contra as Mulheres e sua Interface com a Saúde**

A violência perpetrada contra as mulheres, um problema de dimensão mundial, é reconhecida como um agravo que requer atenção e intervenção urgente do setor saúde (AZAMBUJA, 2008).

No âmbito da Saúde Pública, a partir das décadas de 80 e 90, a problemática da violência em geral ganhou espaço nos debates políticos e sociais, com a implantação de medidas para sua identificação e enfrentamento, apoiadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde (WHO, 2002).

Na Conferência Internacional dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1994, constatou-se o caráter endêmico do problema da violência na região, sua elevada magnitude, atingindo um número crescente de vítimas que permaneciam com sequelas físicas e psicológicas e foi reconhecida a responsabilidade do setor saúde em prestar assistência às vítimas (MINAYO, 2006).

Como já mencionado, a exposição a qualquer forma de violência pode trazer sérios prejuízos à saúde física, mental, sexual/reprodutiva da mulher, sendo identificadas entre as vítimas altas taxas de depressão, estresse pós-trauma, uso de álcool e drogas ilícitas, tentativas de suicídio e o próprio suicídio (WHO, 2002). É um desafio para formuladores de políticas, gestores e profissionais do setor saúde dimensionar a abrangência desse problema e estabelecer programas efetivos de prevenção do problema, tratamento e reabilitação das vítimas.

---

<sup>11</sup> De acordo com Jacqueline Pitanguy, socióloga, diretora da ONG Cépia, em uma entrevista à Rádio Brasil Atual, "É extremamente preocupante o que está acontecendo, porque é um desmonte. Houve uma construção eficiente de uma política de combate à violência contra a mulher, com a Lei Maria da Penha", mas sem recurso financeiro para implementar as políticas há apenas retrocesso.

<sup>12</sup> Informações disponíveis em: < <http://www.pt.org.br/temer-promove-desmonte-nas-politicas-de-protecao-as-mulheres/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

No Brasil, na área da saúde, a incorporação do tema da violência como objeto de investigação de pesquisadores da saúde coletiva e de atenção de gestores e profissionais de saúde tem se dado de forma progressiva e ainda fragmentada. Epidemiologistas desde os anos 70, e particularmente a partir da década de 80, têm realizado relevantes estudos para mensurar a magnitude e tendência da evolução da ocorrência da violência e estudiosos da saúde mental têm pesquisado a relação da violência com o sofrimento psíquico, com ênfase na sua possível associação com o suicídio (MINAYO, 2007).

Segundo a Organização das Nações Unidas, danos, lesões, traumas e óbitos associados à violência implicam alto gasto de recursos financeiros para assistência médica, de emergência, reabilitação das vítimas, além de elevados custos sociais, previdenciários e de segurança pública. A morbidade decorrente da violência envolve problemas crônicos, dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios da alimentação e do sono, ansiedade, compulsão, perda ou aumento excessivo de peso, doenças de efeito retardado, artrite, hipertensão e doenças cardíacas.

Graves problemas à saúde mental são imputados à violência:

Esse agravo exerce um importante impacto sobre a saúde, embora as consequências psicológicas sejam mais difíceis de mensurar, tendo em vista que envolve atos e palavras que depreciam a imagem da pessoa diante do agressor e das outras pessoas, comprometendo não só as vítimas, mas também as suas famílias com danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis (ALBUQUERQUE et al., 2013, p. 2).

A violência gera também perdas econômicas devido à ausência de dias no trabalho, ou à improdutividade, resultado de danos mentais e emocionais incalculáveis que atingem as vítimas e seus familiares (MINAYO, 2007). As perdas econômicas para o país são decorrentes da “diminuição do PIB à custa do absentismo ao trabalho, da diminuição da produtividade, e do período que ficam às expensas da Seguridade Social” (GROSSI, TAVARES, BARROS, 2008, p. 02).

Dados demonstram que o Brasil gasta 3,3% do Produto Interno Brasileiro - PIB com despesas diretas decorrentes da violência, valores que se elevam para 10,5% ao serem incorporadas despesas indiretas e transferências de recursos. Na América Latina, os prejuízos e as permutas de recursos que se calculam associados à violência alcançam 14,2% do PIB da região, o que equivale a 168 milhões de dólares (BRICEÑO-LEÓN, 2002).

Data dos anos 80 o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado em 1983, que incorpora a perspectiva da integralidade das ações de saúde das mulheres. Esse Programa foi a base para a elaboração da Política Nacional

de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM<sup>13</sup> em 2004 que explicitamente reconhece a gravidade do problema da violência de gênero (BRASIL, 2004b).

A PNAISM reafirma a integralidade das ações e a promoção da saúde como princípios norteadores, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e também aos casos de violência doméstica e sexual. Com essa dimensão integral, a Política contribuiu para a implementação da vigilância de agravos relacionados às violências, a implantação em serviços de referência, especificamente, em centros de referência (BRASIL, 2004b).

### **3.4 O SINAN e a Notificação da Violência Contrás as Mulheres**

O SINAN é um Sistema de Informação criado para coletar e agrupar dados epidemiológicos sobre as doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória<sup>14</sup> (BRASIL, 2007). A comunicação por meio da notificação compulsória tem como finalidade a adoção de medidas de intervenção pertinentes, no intuito de iniciar o processo de informação para tomada de decisão e posterior ação. O SINAN é um das maiores fontes de dados da vigilância em saúde e suas notificações buscam garantir a celeridade do desencadeamento das ações de controle dos agravos e das doenças (TEIXEIRA et al., 1998).

Instituído desde 1993 e com uso regulamentado em 1998, a alimentação regular do SINAN é obrigatória para municípios, estados e Distrito Federal. Desde a sua gênese, tem como objetivo padronizar o processo de registro, de consolidação e de compartilhamento de dados acerca de doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Os dados são coletados por meio da Ficha de Notificação/Investigação Individual, são preenchidos nos estabelecimentos do SUS, diante de uma suspeição ou confirmação do evento de notificação compulsória. Importante mencionar que mesmo existindo uma lista nacional desses agravos, municípios e estados podem incluir problemas e agravos à saúde de interesse regional.

---

<sup>13</sup>A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada em parceria com diversos segmentos: Ministério da Saúde, movimentos de mulheres, movimentos de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, Organizações Não Governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Ao ser concluída, a PNAISM foi apreciada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo legitimada por esses importantes setores da sociedade civil e por instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b).

<sup>14</sup> Notificação Compulsória compreende a “Comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública” (BRASIL, 2016a, p. 02).

Desde 2003, época da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a gestão do SINAN é de sua responsabilidade. Normas e Manuais Técnicos do SINAN documentam sua finalidade:

Sua utilização efetiva permitirá a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribuirá para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. Pode, portanto, tornar-se um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2007, p. 07).

Nessa perspectiva, o uso do SINAN, assim como os demais Sistemas de Informação em Saúde, é instrumento essencial na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, auxiliando na tomada de decisões, a fim de dar suporte para a melhoria da situação de saúde da população.

Ressalta-se que a notificação de violências, especificamente contra crianças, adolescentes, mulheres e idosas é fruto de lutas e embates incisivos de movimentos sociais, em particular os feministas, para que a violência cometida contra estes segmentos fosse revelada, expressando sua dimensão, agravamento, perfil, formas, localização e outras características das agressões, rompendo assim o silêncio e o medo da externalização dos casos (BRASIL, 2009).

A notificação das violências se tornou obrigatória por meio de várias legislações, a saber: Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra as mulheres; Decreto nº 5.099/2004, que regulamenta para todo o território nacional a notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres e impõe ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela; Portaria MS/GM nº 2.406/2004, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra as mulheres e aprova instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde; e a mais atualizada Portaria, nº 204 do Ministério da Saúde, aprovada em 17 de fevereiro de 2016, que adiciona a violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e outras formas de violência na lista de Notificação Compulsória (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016a).

Até o ano de 2005, os dados sobre violências eram provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Sistema de Informações Hospitalar do SUS - SIH/SUS e dos Boletins de Ocorrência – B.O. e inquéritos policiais. Ressalta-se, que os dados

desses sistemas de informação sobre a violência em si, abrangiam poucos aspectos, e dos B.O.'s nem sempre eram extraídos e analisados (BRASIL, 2009).

Buscando dar maior visibilidade a magnitude dos casos de violência e superar a falta de um banco de dados em âmbito nacional, o Ministério da Saúde criou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, no intuito de monitorar esse fenômeno. Com esse novo sistema, ampliou-se o número de informações coletadas. Entre 2006 a 2008, utilizou-se um formulário exclusivo criado pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidente da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, processado por meio do *software Epi Info Windows* (BRASIL, 2009).

Com a avaliação de 2 anos da implantação do VIVA, foi suscitada a possibilidade de inserção de um Módulo específico de Violência no SINAN, como forma de universalização da vigilância contínua e da inclusão em um sistema nacional de ampla cobertura.

O Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), assim, foi integrado ao SINAN em meados de 2008, sendo de imediato disponibilizado para os 5.570 municípios brasileiros. Com a publicação da Portaria MS/GM nº 104 em 25 de janeiro de 2011, as notificações das violências se tornaram padronizadas abarcando casos de violência sexual, doméstica, e outras formas de violência (BRASIL, 2011b).

Com o registro das notificações no SINAN se tornou possível mensurar a magnitude da violência no país e planejar o investimento na estruturação de núcleos de vigilância e assistência. Destaca-se que há pouco conhecimento a respeito das estratégias regionais adotadas na implantação e implementação desse sistema, mas, já se considera um avanço a padronização de uma ficha única de notificação/investigação de violência utilizada em todo território nacional (BRASIL, 2011b).

Para a efetividade do SINAN nas notificações de violências é primordial a capacitação e qualificação profissional no intuito de produzir informações de qualidade e reduzir o subregistro e a subnotificação. O primeiro termo diz respeito à inexistência do registro, ou à falta de notificação, e o segundo resulta de notificação incorreta ou incompletude dos dados.

O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM<sup>15</sup>, instrumento de diagnóstico e monitoramento de indicadores socioeconômicos das mulheres brasileiras, analisou dados de 2012 do SINAN para investigar a ocorrência dos casos de violência. Em 2012 foram registrados 161.274 casos de violência doméstica, sexual e outras formas de

---

<sup>15</sup> Esse relatório foi elaborado em 2014, no entanto analisou os dados referentes a 2012 e sua publicação ocorreu somente em 2015.

violência cometidas contra mulheres e homens. Na maior parcela dos casos notificados (66%) as vítimas eram mulheres, particularmente na região Norte, onde este percentual atinge 73% dos casos. As mulheres eram também a maioria das vítimas de violência sexual, patrimonial, psicológica, moral e de tortura (mais de 90%), como também de violência física (79%). Cerca de 82% dos agressores das mulheres eram do sexo masculino, sendo que nas situações suspeitas de uso de álcool pelo agressor, as principais vítimas também eram mulheres (83%). A maior parte dos atos violentos registrados contra mulheres foi cometida em seu domicílio (64%). Entre adultas (de 20-59 anos), mais de 40% dos registros eram de reincidência, isto é, não se tratava da primeira agressão vivenciada pela vítima. Quase 45% do total das vítimas de violência eram brancas e 38% negras (BRASIL, 2015b).

O Mapa da Violência de 2015 apresenta dados mais atualizados sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências, registrados no SINAN em 2014. Estes dados mostram que *“a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida”*. Elevados números de atendimentos nos serviços de saúde foram registrados nos seguintes estados: Acre, Roraima, Tocantins e Minas Gerais. Para todas as faixas etárias, a violência doméstica persistia como a forma mais frequente e os parentes imediatos, parceiros e ex-parceiros, também foram aqueles que se destacaram como os principais responsáveis pela agressão (WAISELFISZ, 2015, p. 42).

Pesquisas recentes no Brasil, como a de Veloso et al. (2013) em Belém, Pará; Silva e Oliveira (2016) no Distrito Federal; Galindo e Souza (2013) em Chapadão do Sul, Mato Grosso e Abath et al. (2014) em Recife, Pernambuco, utilizaram dados do SINAN para estudar a violência contra a mulher. Em todos esses estudos a maioria das vítimas era mulheres, sendo a maior parte dos agressores homens e muitos deles seus parceiros e parentes, salvo no Distrito Federal, local em que grande parte era desconhecido. O domicílio era o principal local de ocorrência da violência e suas formas mais comuns eram a sexual, física e psicológica (VELOSO et al., 2013; GALINDO, SOUZA, 2013; SILVA, OLIVEIRA, 2016; ABATH et al., 2014).

Estudo mostra como as Portarias do Ministério da Saúde que tornam obrigatórias e orientam as notificações foram fundamentais para a estruturação dos núcleos de violência (SILVA, OLIVEIRA, 2016). Entretanto, Veloso et al. (2013) discutem que embora haja a normativa que regulamenta as notificações em todo o território nacional, as notificações são heterogêneas, sendo menor nas unidades básicas de saúde do que nas especializadas e de urgência e emergência.

Para Lima e Deslandes (2015), a ficha individual de notificação de violência é extensa, contém muitos campos e variáveis, o que pode ocasionar problemas da qualidade das informações, já que muitos campos do formulário permanecem como dado ignorado ou mesmo em branco, devido à resistência dos profissionais em preenchê-las.

Abath et al. (2014), analisando 35 variáveis do SINAN para avaliação da completitude, consistência e duplicidade dos registros de violências em Recife de 2009 a 2012, constatam que existem mais problemas relacionados à falta de preenchimento das seguintes variáveis: hora do evento, forma de violência, vínculo do agressor com a vítima e o serviço para onde foi referenciado o autor da agressão. A consistência dos dados foi considerada excelente, tendo poucos casos duplicados.

Em março de 2016 o Senado Federal aprovou a criação do Observatório da Mulher Contra a Violência, órgão que funcionará em conjunto com o Instituto DataSenado, com o objetivo de estudar, agrupar e sistematizar as estatísticas oficiais sobre a violência contra as mulheres, gerando relatórios e orientando projetos de pesquisa sobre as políticas de prevenção e combate à violência, e de atendimento às vítimas. Como ação deste novo órgão, em abril, o Senado por meio de uma consultoria legislativa publicou um documento intitulado “As Lacunas no Enfrentamento à Violência contra a Mulher: análise dos bancos de dados existentes acerca da violência doméstica e familiar”, que aponta as seguintes fragilidades do SINAN:

Não é um banco de dados capaz de distinguir os tipos de violência contra a mulher e, por consequência, não traz dados específicos sobre violência doméstica e familiar. Para obtermos dados específicos sobre o assunto, temos que utilizar os filtros relativos ao “gênero”, ao “local de ocorrência”, o que pode gerar distorções. Além disso, as notificações compulsórias devem ser enviadas às Secretarias Municipais de Saúde, em conformidade com a Portaria nº 1.271, de 2014. Assim, a alimentação do banco de dados do Ministério da Saúde depende do repasse periódico dessas informações pelos Municípios (ALVES, DUMARESQ, SILVA, 2016, p. 14).

As autoras mencionadas acima, ainda tratam especificamente da violência doméstica e afirmam que existem limites no método de registro e utilização dos dados, sendo esses insuficientes e discrepantes, já que não há uma padronização para coleta e análise. Assim, cada órgão da rede tem a responsabilidade de definir quais informações coletar e o local de agrupamento, o que dificulta a consolidação e a intersecção das informações pelos gestores nacionais. Neste sentido, reforçam a:

Necessidade de uma base nacional comum e unificada de dados sobre a violência doméstica e familiar, de modo a sistematizar e integrar as informações produzidas

pelos órgãos que prestam atendimento psicossocial, policial e judicial, assim como pelas promotorias de justiça, que permita o acompanhamento dos casos desde o momento de registro da ocorrência até o cumprimento da decisão judicial (ALVES, DUMARESQ, SILVA, 2016, p. 17).

As autoras enfatizam também sobre “a falta de dados na segurança pública com recorte de gênero, raça e etnia e a grande resistência dos governos estaduais e municipais em uniformizar os dados coletados em todo o país” (Idem, p. 17), dificultando a formalização e concretização de dados oficiais sobre a temática em questão.

Em relação à qualidade da informação da ficha individual de notificação/investigação da violência, Lima e Deslande (2015), afirmam que:

O investimento na cultura da informação e na qualificação da notificação são ações sinérgicas para o fortalecimento da rede de serviços. A ficha, portanto, mais que um instrumento burocrático, representa uma prática social de repúdio à invisibilidade e banalização da violência. Foi construída com a participação ativa de vários segmentos de defesa dos direitos de crianças, adolescentes e do movimento de mulheres e como tal agrega em torno de si a expectativa de instituir maior sinergia entre a possibilidade de melhor conhecer o fenômeno da violência e as respostas institucionais cabíveis (p. 670).

Deste modo, para conquistas no enfrentamento desse grave problema de saúde pública, a violência contra as mulheres, tornam-se necessárias ações intersetoriais, sensibilização dos gestores, fortalecimento das redes de atenção e uma escuta qualificada de modo a identificar os casos de violência para realizar as notificações (VELOSO et al., 2013).

### **3.5 Ações de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres no Tocantins e em Palmas**

No Tocantins, as ações de enfrentamento da violência contra as mulheres, no âmbito da saúde, são coordenadas pela gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/ Área Técnica de Violência e Acidentes da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde – SVPPS, da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

No Brasil, a Política Nacional de Redução das Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/2001, publicada no DOU n.º 96, determina que:

Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o

estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais (BRASIL, 2001, p. 02).

À luz da política nacional, a área técnica da SVPPS desenvolve as ações para o enfrentamento do problema, já que no estado do Tocantins, até o presente, ainda não existe a formalização de uma Política Estadual de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Para concretização dessas ações tem sido essencial o estabelecimento de parcerias com demais órgãos e/ou instituições, visto a necessidade de se construir uma Rede Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência.

O município de Palmas instituiu o Núcleo de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (NUPAV) <sup>16</sup> por meio da Portaria nº 557, de 28 de julho de 2008. O núcleo foi criado oficialmente em 2008, porém só foram efetivadas e implantadas ações a partir de agosto de 2015. Antes, as ações de saúde no tocante à violência eram desenvolvidas por uma área técnica ligada à Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), da Diretoria de Vigilância em Saúde do município.

As principais diretrizes do NUPAV estão voltadas para a qualificação de profissionais e articulação para a estruturação da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência, bem como para a garantia da implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, e para a melhoria da qualidade da informação (PALMAS, 2008). Também se têm buscado articulações com vários órgãos/instituições existentes no município no intuito de organizar a Rede de Atenção. Nesses encontros têm sido explanadas as atribuições do Núcleo para o conhecimento de todos os entes e, ao mesmo tempo, foi elaborado o fluxo de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, prevendo-se a elaboração posterior deste fluxo para o público adulto feminino e masculino.

Em Palmas, a Maternidade Dona Regina é o único hospital público que conta com um Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual – SAVIS – para atendimento a adultos, tanto do sexo feminino quanto masculino. Esse serviço foi implantado e teve sua formalização legal assegurada por meio da Portaria nº 601 da SESAU,

---

<sup>14</sup> O NUPAV foi criado pela Portaria MS nº 936/ 2004 que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Integram o NUPAV: Secretarias de Saúde, estadual e municipal (das Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANTs); Atenção Básica; Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual – SAVIS do Hospital Infantil Público de Palmas – HIPP; SAVIS do Hospital Maternidade Dona Regina - HMDR; Núcleo de Vigilância Hospitalar do Hospital Geral Público de Palmas–HGPP; Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDECA; Conselho Tutelar; Secretaria de Educação, municipal e estadual; Instituto Médico Legal-IML, Delegacias Especializadas-DEAMS, Centro de Referência da Assistência Social–CRAS; Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS, Secretaria de Desenvolvimento Social e Corpo de Bombeiros.

de 16 de junho de 2011. Embora a maternidade já realizasse esses atendimentos, identificou-se a necessidade da implantação do serviço especialmente para assegurar o aborto legal, sendo atualmente o único local do Estado que realiza esse procedimento. É importante mencionar que existe o SAVIS também no Hospital Público Infantil de Palmas, para atendimento especificamente a crianças.

Em ambos os hospitais o atendimento no SAVIS é assegurado nas 24h, de acordo com a Portaria SESAU nº. 618, de 18 de julho de 2014. É garantido também o acompanhamento multiprofissional à vítima, por no mínimo seis meses, por uma equipe composta por assistentes sociais, psicólogos, médicos, técnicos em enfermagem, enfermeiras e coordenador.

Embora o protocolo do SAVIS esteja em revisão e o fluxo de atendimento esteja sendo alterado, na rotina de atendimento há preocupação em assegurar as ações recomendadas de profilaxia de medicamentos de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, de coleta de exames, de acolhimento multiprofissional e de encaminhamentos para a rede de atendimento. Esses encaminhamentos são realizados por meio de informação via telefone à Unidade de Resposta Rápida - URR, ao Conselho Tutelar e aos órgãos de proteção que compõem a rede.

Atualmente o Estado do Tocantins conta com doze Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher – DEAM’s, sendo duas na capital do Estado<sup>17</sup>. As DEAM’s fazem parte da estrutura organizacional da Polícia Civil, órgão subordinado à Secretaria da Segurança Pública do Estado do Tocantins.

As DEAM’s em Palmas funcionam em horário comercial (entre 8 e 18 horas, de segunda a sexta-feira), em turnos ininterruptos de atendimento ao público. As mulheres que necessitam registrar ocorrência policial no período noturno ou aos finais de semana devem se dirigir às delegacias policiais comuns, para fazer o registro das ocorrências, porém, nem sempre são atendidas segundo as prerrogativas previstas na Lei Maria da Penha. Embora a Norma Técnica de Padronização das DEAM’s recomende que “o atendimento qualificado deve ser ofertado de forma ininterrupta, nas 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, em especial nas unidades que são únicas nos municípios” (BRASIL, 2010a, p. 52), nos municípios tocantinenses ainda não se atingiu esse padrão preconizado pela normativa.

O funcionamento das DEAM’s em regime de plantão ininterrupto é uma forma de assegurar o atendimento integral às mulheres que se encontram em situação de violência, já que o acolhimento parcial e limitado ao registro da ocorrência dificulta os encaminhamentos para outros pontos da rede de atenção e não garante a segurança às vítimas.

---

<sup>17</sup> As duas DEAM’S em Palmas foram criadas em 2009, por meio da Portaria nº 939, de 10 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial do Estado DOE nº 2893.

A articulação dos serviços especializados que deveria compor a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência é uma das indicações da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, como destaca o texto:

O conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outros (BRASIL, 2011a, p. 29).

O SINAN, importante instrumento de enfrentamento da violência, foi implantado no Tocantins em 1994 e no mesmo ano foi instalado em Palmas. Como já mencionado, as notificações de violências só foram incorporadas ao sistema em meados de 2008<sup>18</sup>, visto que antes eram registradas no VIVA.

Em Tocantins, o SINAN está implantado nos 139 municípios do Estado, tendo a sua gerência na Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde – SVPPS. No estado não foi realizado até o momento qualquer levantamento sobre o funcionamento do sistema, mas capacitações estão sendo desenvolvidas rotineiramente pela área técnica da SVPPS, além do monitoramento do sistema.

Portanto, o presente trabalho pretendeu se somar aos esforços locais de estruturação da atenção às violências, ao investigar os casos de violência contra as mulheres, registrados no SINAN em Palmas.

---

<sup>18</sup> Embora o VIVA tenha sido incorporado ao SINAN em 2008, somente em 2009 foi realizado o primeiro registro de violência em Palmas no referido sistema.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em Palmas<sup>19</sup>, a mais nova capital brasileira, criada em 1989, atualmente considerada a maior cidade do estado do Tocantins. No século XX, foi o último município no Brasil completamente planejado. Localizado na região norte do país, possui 272.726 habitantes e uma área de 2.219 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 102,90 habitantes/Km<sup>2</sup>, conforme dados do IBGE<sup>20</sup>.

### 4.1 Desenho e População de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório sobre os casos de violência contra as mulheres em Palmas, Tocantins, registrados no SINAN, no ano de 2016. O estudo foi realizado na capital do estado, não só devido à alta taxa de violência contra mulheres ali registrada, especificamente aquela que resulta em mortes, como pela melhor qualidade dos dados disponíveis.

A população estudada foi composta por todos os casos de violência contra mulheres de 18 a 59 anos de idade, em 2016, independentemente do local de residência da vítima. Portanto, estão excluídos crianças, adolescentes, idosos e os casos duplicados de notificação.

### 4.2 Processamento e Análise dos Dados

O acesso à base de dados nominal e à extração dos dados do SINAN ocorreu no dia 19/05/2017, deste modo, podem estar sujeitos à atualização após a referida data.

Foram analisadas 25 das 69 variáveis da Ficha de Notificação/Investigação individual de violência interpessoal/ autoprovocada do SINAN (Anexo I) relativas a:

- Características das vítimas: faixa etária, raça/cor, estado civil, ocupação, escolaridade, bairro de residência, zona (rural ou urbana), orientação sexual, identidade de gênero, presença de deficiência/transtorno e se gestante à época;
- Formas e circunstâncias da violência: forma da violência (física, financeira, moral, sexual, psicológica, tráfico de seres humanos, tortura, negligência/abandono, intervenção legal, lesão autoprovocada), procedimento realizado no caso de violência sexual, motivo da violência,

---

<sup>19</sup> De acordo com a divisão territorial, em 2001, o município de Palmas é constituído por três distritos: Palmas, Butirana e Taquarussu do Porto. Por sua vez, o distrito de Palmas é dividido em Plano diretor sul, Plano diretor norte, bairros e zona rural.

<sup>20</sup> Informações disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/5SE>>. Acesso em: 29 out. 2016.

cronicidade (ocorrência mais de uma vez), local e período de ocorrência (dia da semana, horário e mês), unidade notificadora;

- Características do agressor: sexo, grau de parentesco com a vítima, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida (criança, adolescente, jovem, pessoa adulta, pessoa idosa), número de envolvidos;

- Encaminhamentos realizados: rede de saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras), rede da assistência social (Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, outras), rede da educação (Creche, Escola, outras); rede de atendimento à mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras), Centro de Referência dos Direitos Humanos, Ministério Público, Delegacia de Atendimento à Mulher, outras delegacias, Defensoria Pública.

Foram excluídas as alternativas de encaminhamentos relativos a crianças e adolescentes (Conselho Tutelar, Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente, Justiça da Infância e da Juventude) e a pessoas idosas (Conselho do Idoso, Delegacia do Idoso), já que não compõem a população da pesquisa.

Foi realizada busca de outros materiais de interesse para a pesquisa, tais como legislações (normas, portarias e regulamentações) de órgãos públicos, como Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Uma base de dados com as variáveis de interesse foi elaborada para análise utilizando-se o Stata 10. Realizou-se o cálculo das frequências absoluta e relativa das variáveis.

Para análise do perfil das mulheres quanto às características sociodemográficas, formas de violência, meios de agressão, local e temporalidade foram excluídos os casos de lesões autoprovocadas, considerando que nestes casos, a agressão foi cometida pelas próprias mulheres.

### **4.3 Aspectos Éticos**

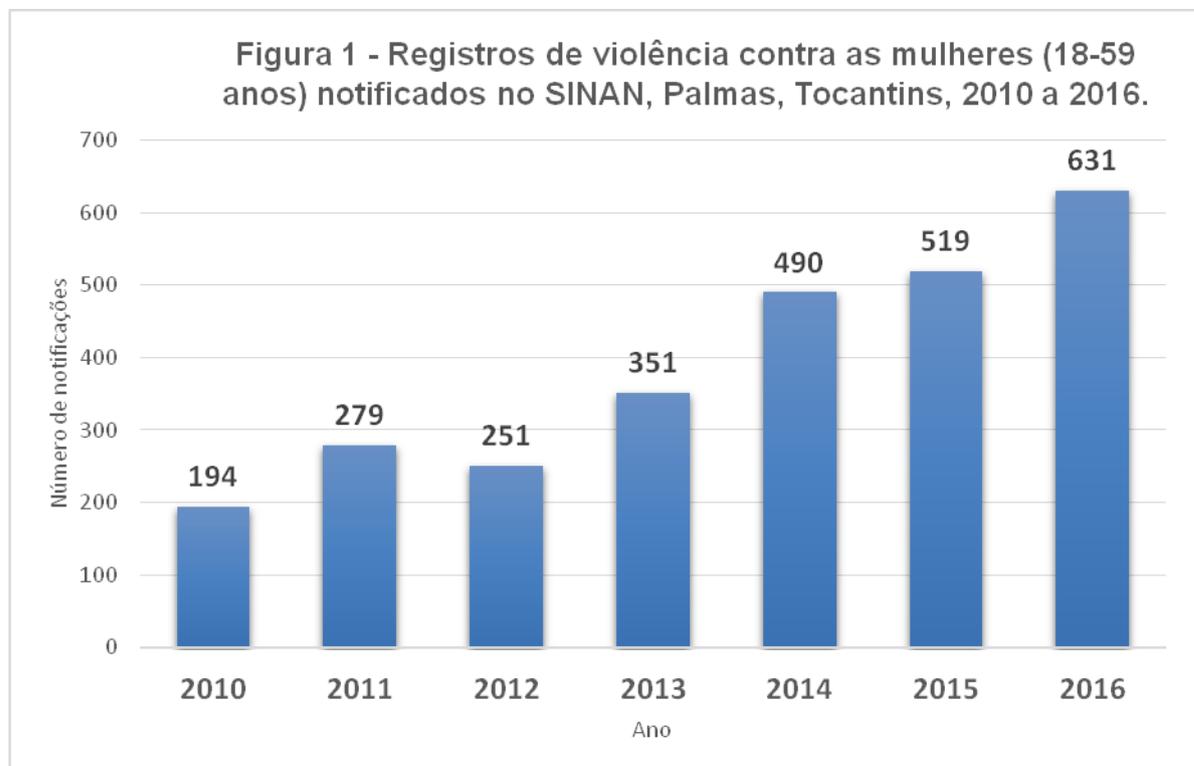
O projeto foi aprovado com o número 1.961.976, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, seguindo os princípios da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O acesso à base de dados nominal do SINAN foi disponibilizado por meio da Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – GDANT – da Vigilância em Saúde da SVPPS/SES-TO, após a autorização do órgão, acatando o fluxo da Portaria nº 796/2014 que regulamenta a realização de pesquisas na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

Foram respeitados os princípios de confidencialidade e sigilo das informações, além da garantia de anonimato dos sujeitos pesquisados. Para obtenção dos dados não foi realizada qualquer tipo de abordagem diretamente com as mulheres investigadas, assim foi dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O uso das informações será apenas para fins científicos, sem qualquer identificação das mulheres.

## 5 RESULTADOS

Entre 2009 a 2016 foram notificados 2.861 casos de violência contra mulheres no SINAN em Palmas, Tocantins. Ao longo desse período tem crescido o número de registros, salvo em 2012, em que houve uma queda (10,5%) em relação ao anterior. As notificações passaram de 146 em 2009 para 631 em 2016, o que representa um aumento de 332,2% (Figura 1).



**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

Analisando-se as características das 497 mulheres com registro de violência no SINAN em 2016, excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas (21,2%), observa-se que quase a metade é de adultas, com menos de 30 anos de idade (47,1%), ainda que um pouco mais de um terço tenha entre 30 e 39 anos (32,6%). Chama a atenção que 7,5% são mulheres jovens, entre 18 e 19 anos (Tabela 1).

Em relação à raça/cor, trata-se de um segmento de mulheres negras, na sua maioria, pardas (73,3%) e pretas (9,7%). Há um baixíssimo percentual de mulheres de origem asiática (amarelas) e apenas uma pessoa se declarou indígena (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, observa-se que parte importante das mulheres tem o ensino médio completo (45,8%), entretanto parcela um pouco inferior (40,1%) só cursou até o ensino fundamental, consideradas, portanto, de baixa escolaridade; apenas 14,1% das mulheres possuem o ensino superior (Tabela 1).

Referente à situação conjugal, parte das mulheres é casada (46,7%), a outra, em proporção próxima, é solteira (40,0%); 13,3% são separadas ou viúvas (Tabela 1).

Ao investigar a localidade de residência das mulheres, observa-se que a população é majoritariamente da zona urbana (93,6%), com uma parcela menor (3,7%) residindo em área rural (Tabela 1).

**Tabela 1** - Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características sociodemográficas das vítimas, Palmas, Tocantins, 2016.

<b>Características</b>	<b>N= 497*</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
18-19	37	7,5
20-24	104	20,9
25-29	93	18,7
30-39	162	32,6
40-44	57	11,5
45-49	27	5,4
50-59	17	3,4
<b>Raça/cor<sup>(1)</sup></b>		
Branca	73	15,0
Parda	357	73,3
Preta	47	9,7
Amarela	9	1,8
Indígena	1	0,2
<b>Escolaridade<sup>(2)</sup></b>		
Até fundamental completo	173	40,1
Médio completo	198	45,8
Superior completo	61	14,1
<b>Situação conjugal<sup>(3)</sup></b>		
Solteira	191	40,0
Casada/unida	223	46,7
Separada/viúva	64	13,3
<b>Zona de residência<sup>(4)</sup></b>		
Urbana	456	93,6
Periurbana	18	2,7
Rural	13	3,7

**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

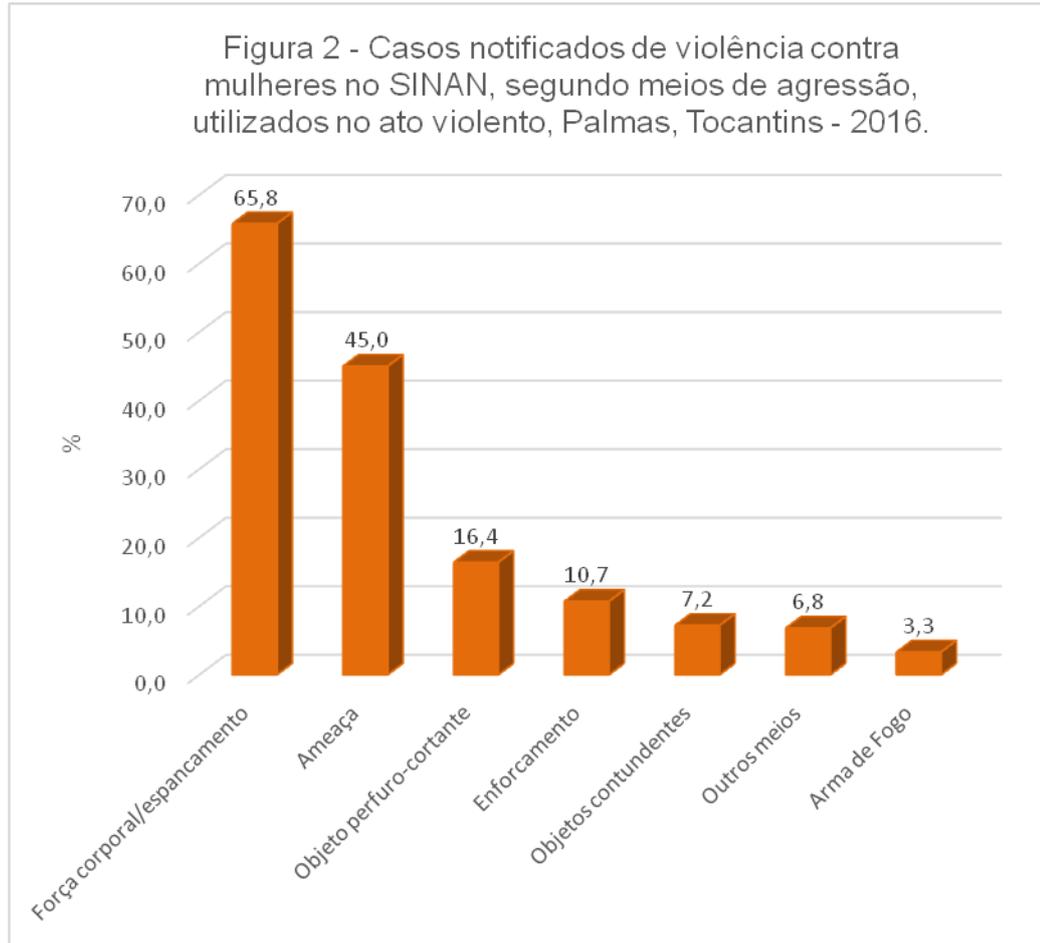
**Notas:** \*Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas

<sup>1</sup>Casos ignorados: n=10 (2,0%). <sup>2</sup>Casos ignorados: n=65 (13,1%).

<sup>3</sup>Casos ignorados: n=19 (3,8%). <sup>4</sup>Casos ignorados: n=10 (2,0%).

Como motivos registrados para a violência (para cada caso pode ter ocorrido mais de um), excluídas as lesões auto provocadas e os formulários com informação “ignorada” (51,9%), a maior proporção (78,7%) foi classificada como sendo devido à sexismo; em 15,1% as razões foram atribuídas a conflitos geracionais (dados não apresentados).

Quanto aos meios de agressão utilizados, a “força corporal/espancamento” ocupa o primeiro lugar (65,8%), seguida de “ameaça” (45,0%). O uso de objetos “pérfuro-cortantes” e “contundentes” atingem porcentagens respectivas de 16,4% e 7,2%. Enforcamentos representam 10,7% dos meios. Os demais apresentam proporções mais reduzidas, destacando-se o uso de armas de fogo (3,3%). Ressalta-se que em um ato violento pode haver mais de um meio de agressão (Figura 2).

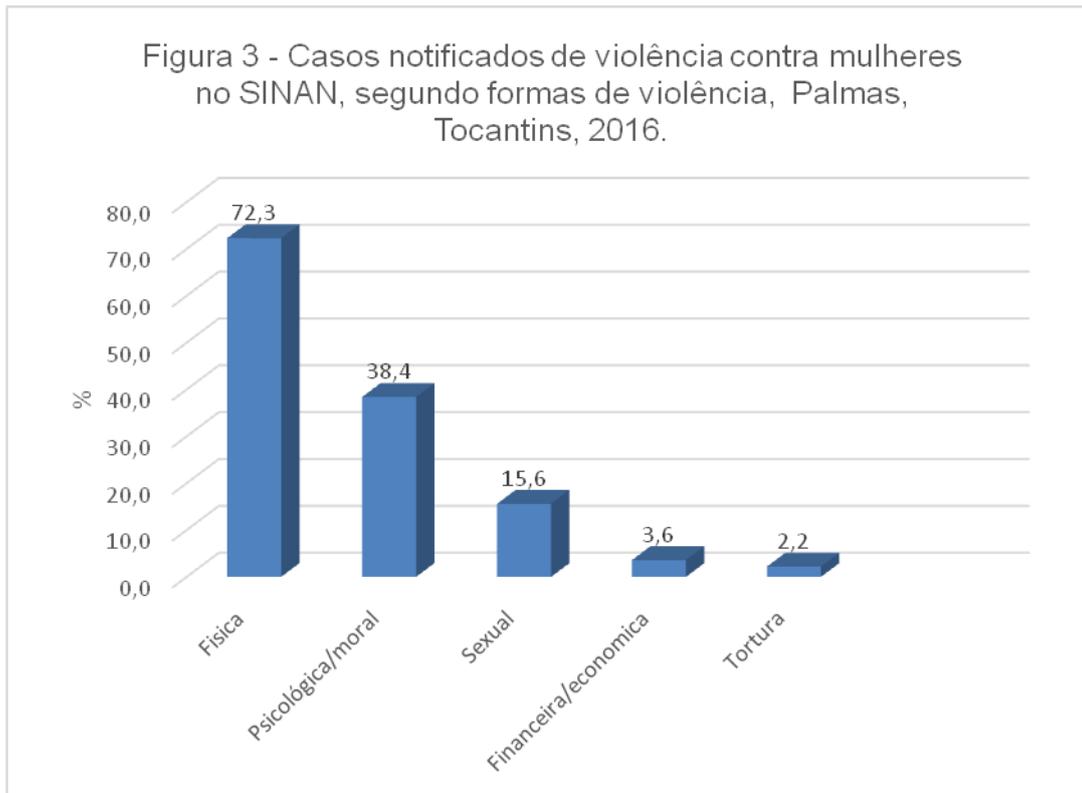


**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Notas:** Item de múltiplas respostas.

Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas.

Entre as formas de violência praticadas (podendo ser múltiplas) destacam-se como principais a agressão física (72,3%), seguida da psicológica com 38,4% e da sexual com 15,6% (Figura 3).

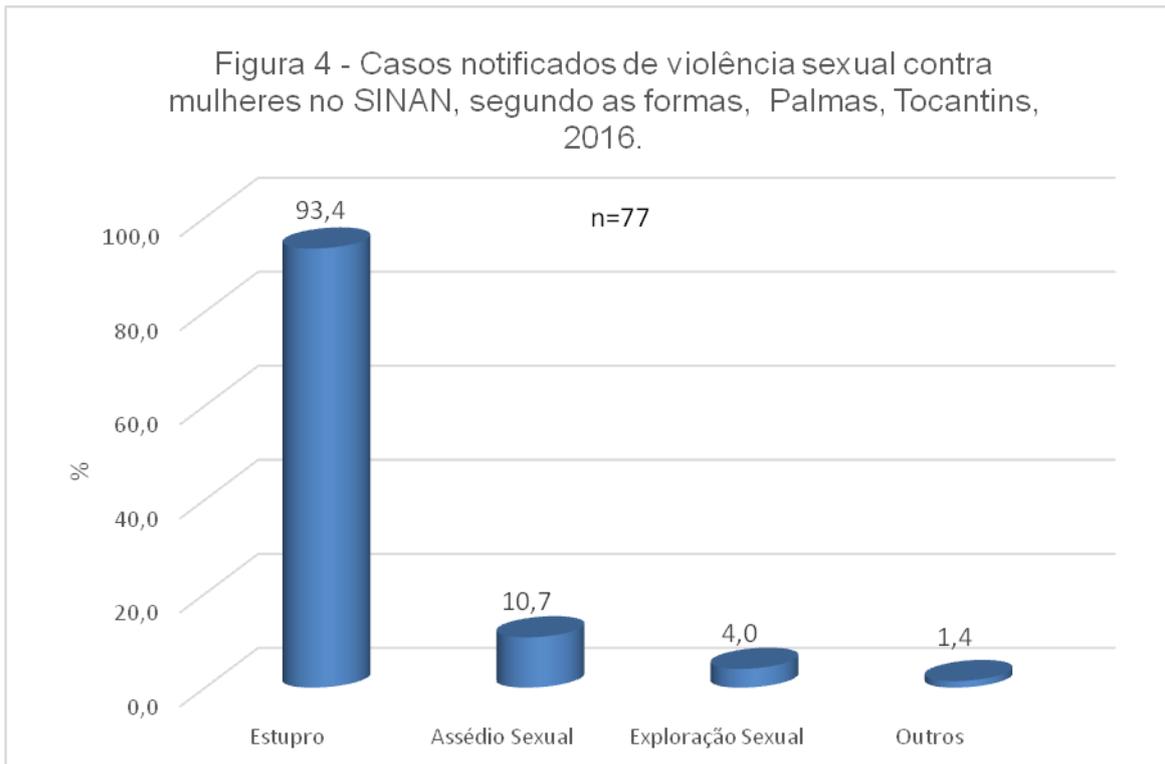


**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Notas:** Item de múltipla resposta.

Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas.

Foram registrados 77 casos de violência sexual (15,6%). Observa-se que a quase totalidade destes (71 casos) é de estupros (Figura 4).



**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

Especificamente sobre os 71 casos de estupro se observou baixo registro sobre a realização das medidas profiláticas preconizadas pelas normas nacionais de atenção às vítimas de violência sexual, a exemplo de: coleta de sangue (32 casos), profilaxia do HIV (19 casos), da Hepatite B (12 casos) e das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (17 casos), contracepção de emergência (10 casos), coleta de secreção vaginal (03 casos). Houve registro de 01 caso de aborto previsto em lei (dados não apresentados).

Ao analisar o local de ocorrência da violência, excluídas as lesões auto provocadas, constatou-se que a maioria dos casos de violência (77,3%) ocorreu na própria residência da vítima, 9,1% em via pública e 4,1% em bares, com pequena parcela em outros locais. Mais da metade das mulheres (59,4%) relatou ter sofrido violência mais de uma vez (Tabela 2).

**Tabela 2** - Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características dos atos violentos, Palmas, Tocantins, 2016.

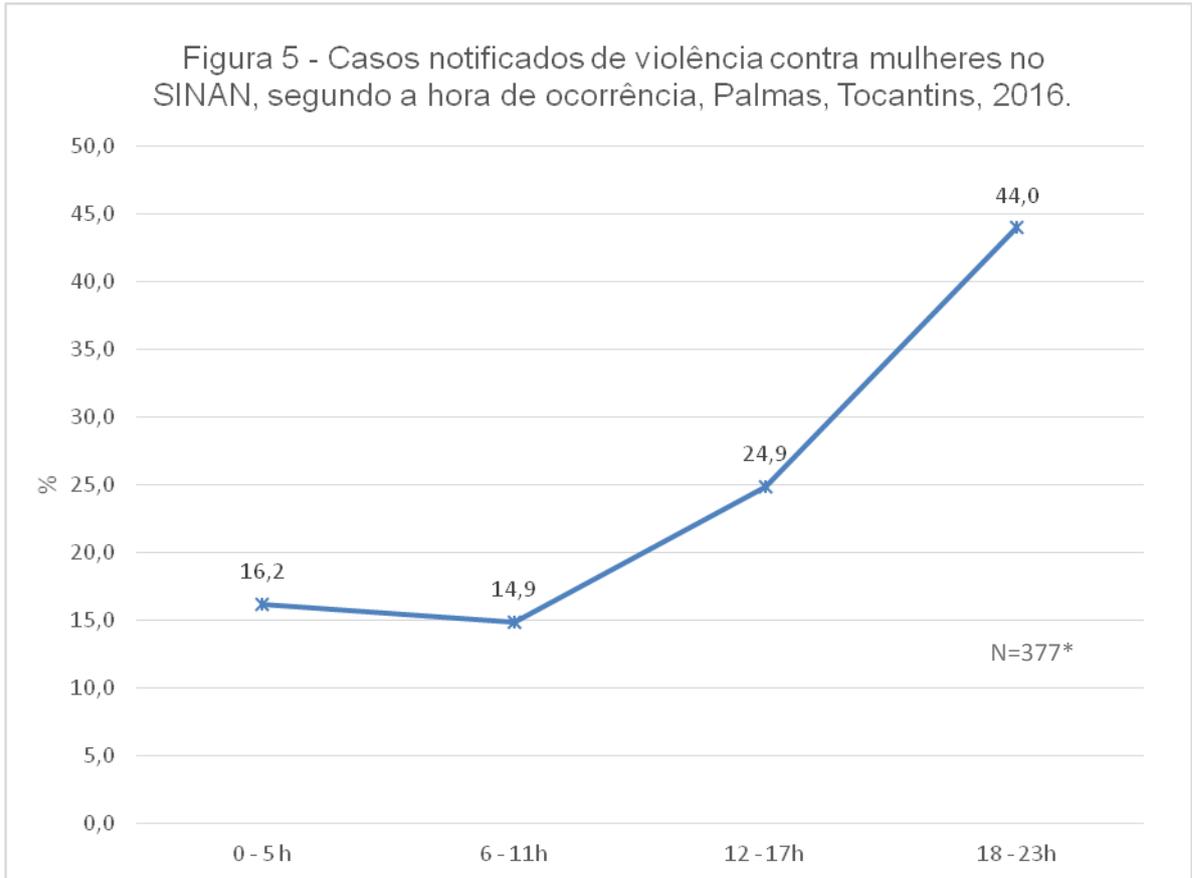
<b>Características</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Local de Ocorrência<sup>(1)</sup></b>		
Residência/ Habitação coletiva	374	77,3
Via pública	44	9,1
Bar ou similar	20	4,1
Comércio/serviços	14	2,9
Outros locais	32	6,6
<b>Número de ocorrências<sup>(2)</sup></b>		
Mais de uma vez	278	59,4
Única vez	190	40,6

**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Nota:** \* Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas.

<sup>1</sup>Casos ignorados: n=13 (2,6%). <sup>2</sup>Casos ignorados: n=29 (5,8%).

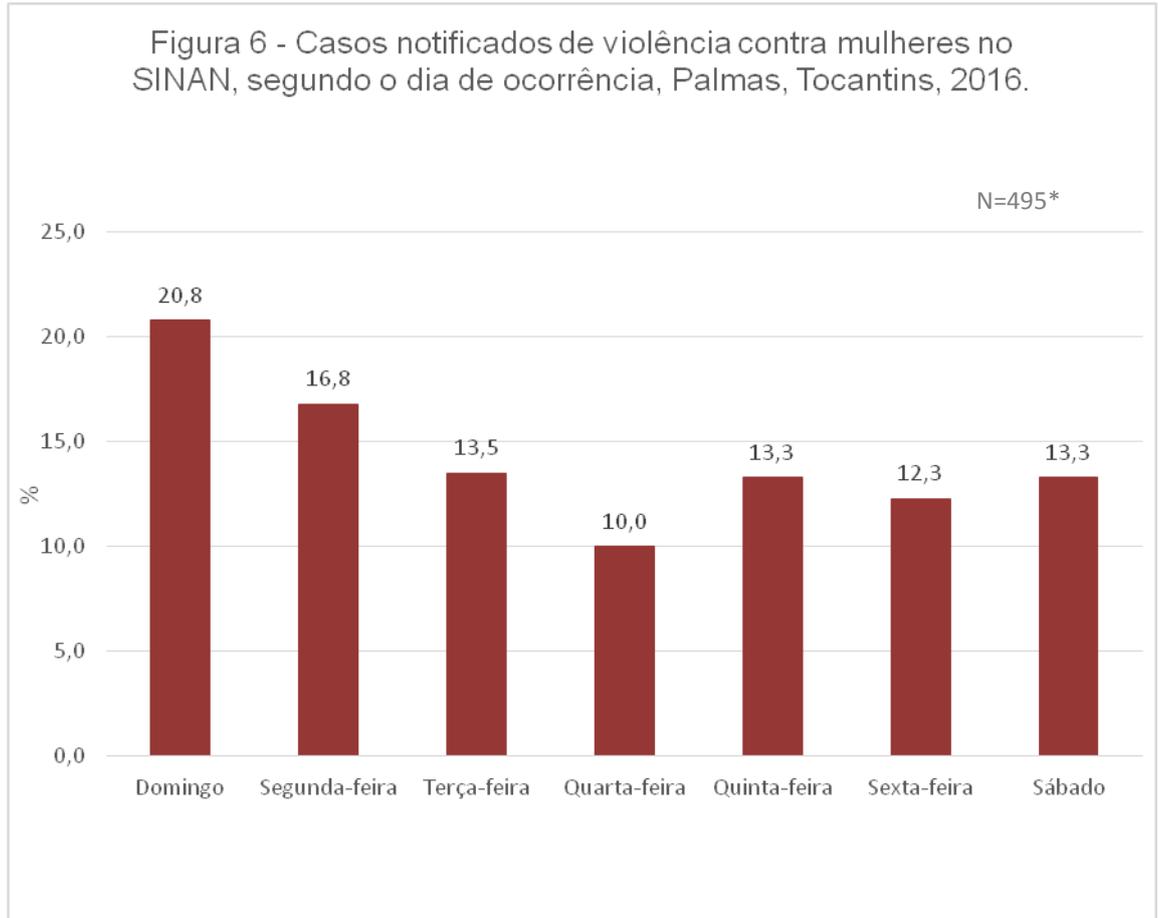
Ao analisar os dados sobre a caracterização temporal da ocorrência dos casos violência, observa-se que há uma concentração no período noturno (44,0%), com aumento desde o turno vespertino (24,9%) (Figura 5).



**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Nota:** \*Excluídos 120 (24,1%) casos ignorados.  
Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas.

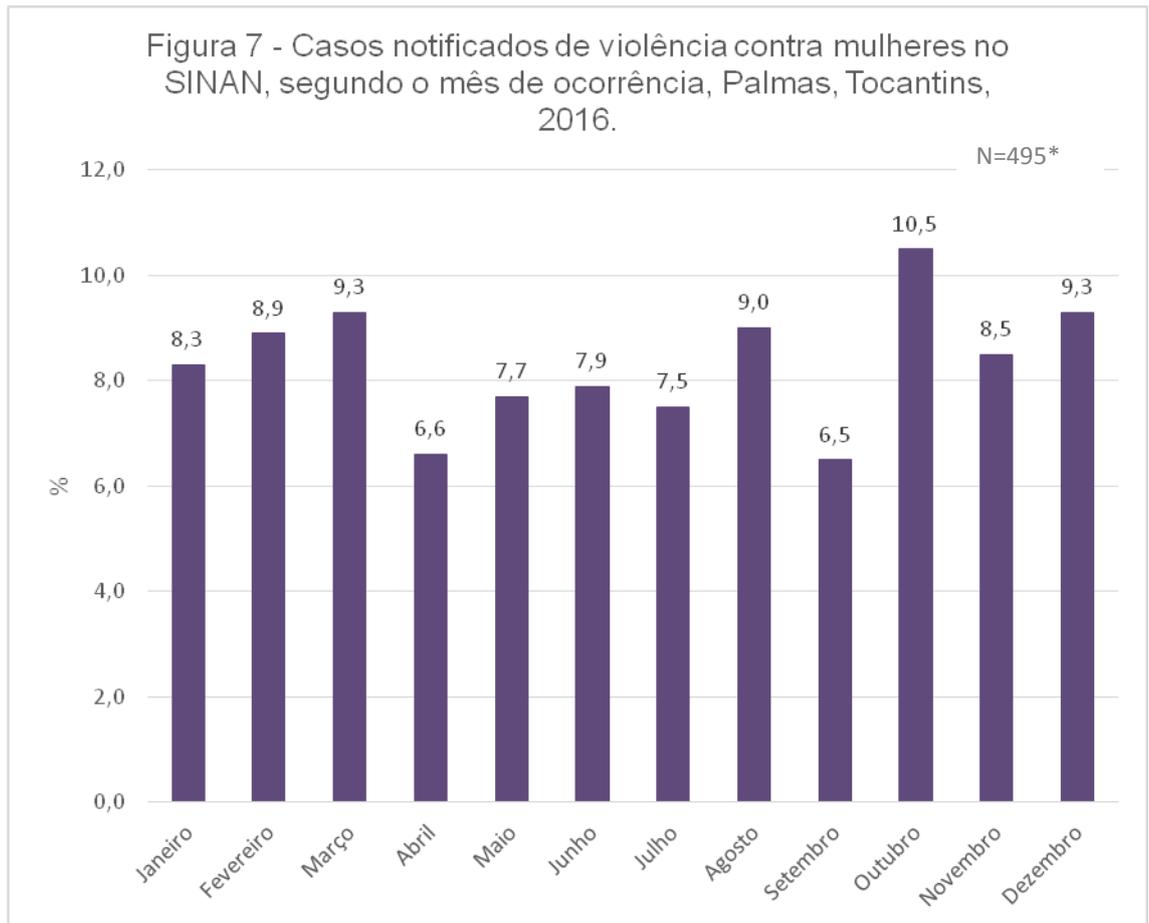
Quanto aos dias de ocorrência se constatou maior concentração dos registros de violência no domingo (20,8%) e segunda (16,8%) (Figura 6).



**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Nota:** \*Excluídos 2 (0,4%) casos ignorados.  
Excluídos 134 casos de lesões autoprovocadas.

Houve uma distribuição heterogênea do registro de casos ao longo do ano, destacando-se maior pico em outubro (10,5%) e dois menores, nos meses de abril e setembro com percentuais próximos, respectivamente de 6,6% e 6,5% (Figura 7).



**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Nota:** \* Excluídos 2 (0,4%) casos ignorados.  
Excluídos 134 casos de lesão autoprovocada.

Constatou-se neste estudo que o provável agressor da violência foi, na sua grande maioria, um indivíduo do sexo masculino (90,5%) e adulto (80,4%). Quanto ao vínculo de parentesco com as mulheres, parcela expressiva era conformada pelos próprios parceiros íntimos (37,9%) ou namorados (6,2%) à época, ou ex-parceiros ou ex-namorados, respectivamente 18,7% e 4,7%. Em apenas 10,7% o autor era desconhecido da vítima. Na maioria dos casos (90,2%) as agressões foram cometidas por apenas uma pessoa. Ao excluir 59 registros cuja informação era ignorada (11,8%), o uso de álcool por parte do agressor foi identificado na maioria dos casos (64,4%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Casos de violência contra mulheres notificados no SINAN, segundo características do/a (s) autor/a (es/as) da violência, Palmas, Tocantins, 2016.

<b>Características</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo do provável agressor (a) <sup>(1)</sup></b>		
Masculino	438	90,5
Feminino	42	8,7
Ambos os sexos	4	0,8
<b>Ciclo de vida <sup>(2)</sup></b>		
Criança	6	1,3
Adolescente	8	1,7
Jovem	67	14,6
Adulto	369	80,4
Idoso/a	9	2,0
<b>Número de pessoas envolvidas <sup>(3)</sup></b>		
Um	431	90,2
Dois ou mais	47	9,8
<b>Vínculos com a vítima</b>		
Cônjuge	185	37,9
Ex cônjuge	91	18,7
Namorado	30	6,2
Ex-namorado	23	4,7
Irmão	16	3,2
Pai/ Mãe/ Padrasto	10	2,0
Filho	7	1,4
Outros parentes	19	3,8
Conhecidos	39	7,8
Policial	3	0,6
Outros	30	6,0
Desconhecido	52	10,7
<b>Suspeita de uso de álcool <sup>(4)</sup></b>		
Sim	282	64,4
Não	156	35,6

**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2017.

**Nota:** \* Excluídos 134 casos de violência autoprovocada

<sup>1</sup>Casos ignorados: n=13 (2,6%). <sup>2</sup>Casos ignorados: n=38 (7,6%). <sup>3</sup>Casos ignorados: n=19 (3,8%). <sup>4</sup>Casos ignorados: n=59 (11,8%).

Para o conjunto das 631 mulheres com registro de violência em 2016 no SINAN, excluídos 326 casos com informação ignorada (51,7%), as ocupações mais frequentes exercidas pelas mulheres são de donas de casa (26,2%), estudantes (19,3%) e domésticas (6,7%). Apenas 4,1% das mulheres exercem profissões de nível superior (dados não apresentados).

Em se tratando da orientação sexual, 82% das 631 mulheres se declararam heterossexuais, 1,4% homossexuais e apenas 1,1% bissexual; em 7,0% dos formulários esta informação constava como “não se aplica”, e, em 8,5% como “ignorada”. Em relação à identidade de gênero, em 536 casos (85,2%) constava “informação ignorada” e em 86 (13,7%) “não se aplica”; em apenas 5 e 2 casos, registrou-se homem transexual e mulher

transexual. Cerca de 10% das mulheres estava grávida à época da agressão. Dos casos registrados de violência, em 74 deles (11,8%), as mulheres referiram possuir algum tipo de deficiência, sendo que 91,9% eram de deficiências mentais, transtornos de comportamento e transtornos mentais (dados não apresentados).

Analisando-se todos os 631 casos de violência segundo a distribuição territorial<sup>21</sup>, a maioria foi registrada no distrito de Palmas e neste, a maior proporção nos bairros (35,2%); um terço dos casos (30,7%) no Plano diretor sul e um percentual um pouco menor (24,3%) no Plano diretor norte. A média de notificação por bairro de residência foi de 7,2 casos, sendo as maiores proporções no Aureny III (6,2%), seguido de Taquari (4,2%); em três bairros foram semelhantes: Aureny IV, 307 Norte e 1206 Sul com 2,7% cada; os demais bairros juntos representam 16,7% dos casos (dados não apresentados).

No presente estudo, para as 631 mulheres atendidas foram contabilizadas 323 encaminhamentos realizados pelos profissionais (pode ter ocorrido mais de um por mulher). Os registros mostram que o maior percentual (24%) foi para a rede de serviços de saúde, 10% para a rede da Assistência Social, 7,2% para a Delegacia da Mulher e 5,4% para outras Delegacias. Pouquíssimas mulheres (apenas 19) foram encaminhadas para a Rede de Atendimento à Mulher ou órgãos como Defensoria Pública e Ministério Público (dados não apresentados).

Em relação às Unidades Notificadoras, o Instituto Médico Legal – IML<sup>22</sup> foi aquele que mais notificou (46,2%), vindo em seguida os Prontos Atendimentos, Norte (18,6%) e Sul (16,7%); em menores proporções, os Hospitais Públicos de Palmas — Francisco Ayres (7,2%) e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (6,1%); os demais estabelecimentos públicos o fizeram em baixíssima proporção cada, somando 3,0%, assim como a Unidade de Pronto Atendimento privada da Unimed (2,2%). Chama a atenção que dos dezenove estabelecimentos de saúde que realizaram as notificações, dezoito são públicos e apenas um privado, com as respectivas porcentagens globais de notificações de 97,8% e 2,2% (dados não apresentados).

Sobre a qualidade dos dados do SINAN, de modo geral, observou-se, para todos os registros de violência, completitude dos dados em grande parte dos campos (acima de 90%). A “ocupação” se destacou com o maior percentual de casos ignorados (51,7%). Dados sobre raça estavam faltantes em 13,1% das fichas e uso de álcool em 11,8%. Os campos “identidade

---

<sup>21</sup> Informação disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico>>.

<sup>22</sup> As notificações do IML são todas registradas no código da Secretaria Municipal de Saúde, pois o IML não consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

de gênero” e “motivação da violência” na grande maioria estavam preenchidos, respectivamente, “não se aplica” e “ignorado”.

## **6 DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo mostram que foram registrados 631 casos de violência contra mulheres no SINAN em Palmas, no ano de 2016. Excluído o grupo de mulheres com lesões auto provocadas (134), as vítimas de violência eram conformadas em grande parte por jovens com menos de 30 anos, pardas e residentes na zona urbana. Parte tinha baixa instrução escolar, mas parcela já havia concluído o ensino médio; mais da metade era casada ou unida, mas proporção próxima era solteira. Na sua maioria, as mulheres foram vítimas em sua residência, sendo um fenômeno já recorrente (para quase 60% delas, já havia ocorrido mais de uma vez); na maior parte dos casos, a agressão foi perpetrada por um único indivíduo, sendo seu próprio parceiro, estando o uso de álcool presente.

Trabalhos científicos publicados sobre o tema da violência no Brasil, utilizando os dados do SINAN, são recentes, com poucos estudos sendo identificados (VELOSO et al., 2013; GALINDO, SOUZA, 2013; SILVA, OLIVEIRA, 2016; ABATH et al., 2014; SILVA et al, 2013; CECÍLIO et al., 2012) e algumas investigações exploram não somente agressões contra mulheres, mas também contra crianças e homens. Grande parte das pesquisas foi realizada na região sudeste e nordeste e apenas poucas no norte do Brasil.

No Tocantins, especificamente em Palmas, até o presente momento foi identificado apenas um trabalho, com foco especialmente na percepção de profissionais que atuam na rede de enfrentamento da violência contra as mulheres (PACHECO, 2015), o que confere caráter inédito ao presente trabalho e indica a necessidade de novas investigações sobre essa temática utilizando o SINAN como fonte de dados.

Assim como em nossa pesquisa, estudos realizados com dados do SINAN em Belém (VELOSO et al., 2013), no Recife (ABATH et al., 2014) e no Distrito Federal (SILVA, OLIVEIRA, 2016) também demonstram um crescimento das notificações nos últimos anos. Esta tendência pode não estar associada ao aumento da violência, mas, sim, à maior sensibilização das mulheres em declará-la e dos profissionais em registrá-la, refletindo capacitações realizadas pelas instituições de saúde.

Em Palmas, o VIVA contínuo foi inserido no SINAN em meados de 2008 e ao longo destes nove anos, como ocorreu nas capitais acima mencionadas, o registro de casos passou de 146 em 2009 para 631 em 2016, o que representa um crescimento de 332,2%.

Em 2016, a Secretaria da Segurança Pública do Estado do Tocantins – SSP/TO divulgou, a partir dos Boletins de Ocorrência realizados por mulheres em Delegacias de Atendimento a Mulheres, a ocorrência de 1.466 casos de violência, portanto, mais do dobro do que foi notificado no SINAN e investigado no presente trabalho. Esta diferença pode ser explicada por vários motivos: as mulheres podem buscar os serviços de saúde após a violência, mas não a informam aos profissionais ou quando o fazem, estes não registram no SINAN; também é possível que parte das mulheres busque a Delegacia para o registro do BO, mas não considere necessário atendimento em serviços de saúde. Segundo Pacheco (2015), aquilo que é registrado no SINAN pode representar apenas a face mais grave do problema:

Esses dados evidenciam que a subnotificação ainda configura importante problema para o real dimensionamento dos casos de violência no município, visto que os sistemas demonstram, em parte, os casos mais graves da violência, subestimando o verdadeiro efeito da mesma, pois nem todas as agressões provocam ferimentos que necessitam de atenção médica (PACHECO, 2015, p 37).

Também não se pode desconsiderar que parcela das mulheres com maior recurso financeiro busque atendimento na rede privada, que por sua vez, como vimos acima, não realiza as notificações, contribuindo, assim, para o subregistro.

Dados de pesquisas realizadas no país (WAISELFISZ, 2015; SILVA, 2003) mostram que são as mulheres jovens aquelas que mais sofrem violência, tal como foi constatado no presente estudo. No Brasil, com poucas exceções, as mulheres negras têm sido as maiores vítimas de violência. Informações nacionais do SINAN em 2014 apontam maiores proporções de registros entre mulheres pardas (33,5%) e pretas (8,6%) (MASCARENHAS et al., 2016).

As desigualdades raciais permanecem ao se avaliar as agressões fatais. O Mapa da Violência, elaborado a partir de uma articulação da ONU-Mulher, OMS/OPAS e da Secretaria de Políticas para as Mulheres, publicado em 25 de novembro de 2015, Dia Internacional de Eliminação da Violência contra as Mulheres, durante as Campanhas “UNA-SE Pelo Fim da Violência contra as Mulheres” e “16 dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres”, avalia a evolução temporal dos casos de violência no período de 2003 a 2013 no Brasil. Os dados mostram um aumento da taxa de homicídio, mesmo a partir de 2006, ano de vigência da Lei Maria da Penha. Entretanto, observa-se queda de 9,8% de homicídios entre mulheres brancas e aumento de 54,2% entre mulheres negras. O Tocantins apresenta uma taxa

de feminicídio superior à nacional (5,7 *versus* 4,8/100.000 mulheres), com crescimento maior do que a média registrada no país no período estudado. Neste estado, houve aumento das taxas também entre mulheres brancas, mas este foi inferior àquele observado entre negras, respectivamente de 16,8% e 48,3% (WAISELFISZ, 2015).

Autores têm discutido como a violência que atinge principalmente as mulheres negras expressa o acúmulo de processos históricos de segregação no passado e a invisibilidade social que permanece no presente, frutos de um contexto sociopolítico e econômico que resulta em piores condições econômicas e educacionais para os negros que se encontram em situação de abandono por parte do Estado. Aliado a estes determinantes sociais, o racismo, que atravessa todas as dimensões da vida social (escola, trabalho, instituições de saúde, entre outras) potencializa estas exclusões e, atinge preferencialmente as mulheres negras que apresentam os piores indicadores sociais quando comparadas aos homens negros, mulheres e homens brancos (CARNEIRO, 2003). Neste sentido:

Em todos os segmentos que constroem as oportunidades de ascensão pessoal e profissional para as mulheres, tal como educação e saúde, as negras se encontram sempre em posição de desvantagem (MACEDO, 2014, p. 33).

Assim como encontrado no presente estudo, em Recife, Pernambuco, também os registros de violência foram mais frequentes entre as mulheres menos instruídas (MENEZES, 2003). Na capital pernambucana, mulheres com até três anos de estudo sofriam quase dez vezes mais violência do que aquelas mais escolarizadas, mostrando a associação entre a baixa escolaridade e a violência (MENEZES, 2003). Em Belém, estudo com dados do SINAN também chama a atenção para esta associação, pois 91% dos casos de violência registrados correspondiam a mulheres que haviam estudado até o ensino fundamental completo (VELOSO et al., 2013), superando os achados do presente estudo, em que 40,1% dos registros ocorreram entre aquelas de menor instrução.

Investigação realizada com dados do SINAN no Distrito Federal mostra que 39,0% das mulheres eram solteiras e 26,3% casadas (SILVA, OLIVEIRA, 2016), dados que diferem do nosso estudo, em que se constatou proporção levemente maior de casadas (46,7%), tal como ocorreu em Alfenas, Minas Gerais, onde a maioria das mulheres (54,8%) de uma pesquisa realizada com Boletins de Ocorrência era casada (DE SOUSA, NOGUEIRA, GRADIM, 2013).

Quanto à caracterização da ocupação, estudo com dados do SINAN, realizado em Maceió, especificamente sobre registros de violência sexual contra mulheres, revelou que a

maior parte das mulheres era estudante e dona de casa; entre as demais ocupações, os autores deram destaque para empregada doméstica, faxineira, operadora de caixa e outras que exigiam pouca escolaridade, com baixo reconhecimento profissional e remuneração (SOUZA et al., 2014). Estes resultados são similares aos achados em Palmas, em que pese a parcela de casos ignorados, considerando todos os tipos de violência registrados. Usuárias do SUS são predominantemente mulheres de camadas populares que ocupam os postos menos qualificados do mercado de trabalho. Pesquisa realizada no município de João Pessoa também identificou dados semelhantes aos de Palmas, pois mulheres vítimas de violência doméstica cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família em sua maior parte eram do lar, domésticas e autônomas (DE ALBUQUERQUE et al., 2013).

Analisando-se o local de residência das mulheres, vimos que a maioria das mulheres é proveniente da zona urbana de Palmas, especialmente dos bairros Aurenny III, Taquari e Aurenny IV, todos considerados periféricos e de classes populares. Chama atenção a proporção de casos no Plano diretor sul, local mais central da cidade, onde residem pessoas aparentemente com melhor poder aquisitivo; no entanto ali há grandes conjuntos habitacionais para os quais foram destinadas pessoas de baixa renda, o que pode contribuir para explicar a frequência elevada de registros de casos nessa região. Ressalta-se que as situações desfavoráveis de habitação e entorno familiar são percebidos como risco à violência, podendo contribuir ou agravar a ocorrência dos eventos (DE SOUZA et al., 2008).

Os dados de Palmas, assim como de outros estudos brasileiros, utilizando o SINAN, mostram maior registro de violência em áreas urbanas, que por sua vez ofertam maior quantidade de serviços de saúde. Estudo realizado por meio de inquérito domiciliar sobre os fatores associados à violência em mulheres brasileiras em São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco assinala maior relato entre mulheres da zona rural pernambucana do que entre paulistas. Situação semelhante é constatada em outros países da América Latina, como na cidade de Guadalajara/México, onde a maioria das mulheres (57%) vítimas de violência residia na zona rural (D'OLIVEIRA et al., 2009; RODRIGUEZ, GUERRA, 1997).

O sexismo é uma das principais formas de discriminação contra as mulheres e no presente estudo constatou-se que foi a maior motivação citada para a violência. Pesquisa sobre a violência conjugal, realizada no sul do Brasil, por meio de inquérito policial, mostra que as desigualdades de gênero, aliadas as outras desigualdades socioeconômicas, estão associadas à violência (DA SILVA, COELHO, NJAINE, 2014). Para Silva et al. (2013), o predomínio de vítimas de violência no sexo feminino, tendo o cônjuge como principal agressor, expressa a violência de gênero, a “tradução do poder e da força física masculina e da

história de desigualdades culturais entre homens e mulheres, [...] que legitimam [...] esses comportamentos violentos de gênero” (SILVA et al., 2013, p. 410).

No Brasil, dos casos de violência registrados no SINAN em 2014, 12.062 corresponderam à violência autoprovocada, o que representa 29,8% do total. Este valor é superior ao encontrado em Palmas (21,2%), um pouco abaixo da média nacional (WAISELFISZ, 2015).

O suicídio considerado como violência auto-inflingida se constitui um grave problema de saúde pública (OMS, 2002). As estimativas mundiais apontam que a cada 40 segundos uma pessoa tira a sua própria vida, isto é, 800 mil pessoas ao ano (VOLPE et al., 2006). Estudo recente sobre a mortalidade por suicídio em Palmas, utilizando dados do SIM, constatou que ocorreram 530 óbitos por suicídio entre 2008 e 2013 no Tocantins. Em Palmas estimou-se uma taxa de suicídio decrescente entre as mulheres (de 2.05/100.000 em 2008 a 0.82/100.000 em 2012). O suicídio tem acometido especialmente os homens, apesar de as mulheres realizarem mais tentativas, porém com métodos menos letais (BARBOSA, 2017).

As repercussões da violência sobre a saúde mental das mulheres são apontadas por estudiosos sobre o tema. “Embora considerada como fundamental na prestação de cuidados no meio familiar, a mulher também adoece e torna-se, deste modo, alvo de cuidados das equipes de saúde mental” (PEGORADO et al., 2008, p. 82). Pesquisa realizada por meio de entrevistas a mulheres que registraram queixa na Delegacia da Mulher, no estado do Ceará, verificou que 72% delas apresentam quadro de depressão e 39% já pensaram em suicídio após o início das agressões (ADEODATO, 2005).

No presente estudo, a violência física se constituiu na modalidade mais notificada, com uso da força física/corporal e o espancamento como principais meios, o que pode estar expressando não só a maior frequência desta forma de violência, como também a origem dos dados que são provenientes de serviços de saúde para onde se dirigiram as vítimas de violência. Informações semelhantes são encontradas em pesquisa realizada com dados do SINAN, em Belém, em que predominou também a violência física e a força física/corporal e o espancamento como os principais meios da agressão (VELOSO et al., 2013).

Investigações realizadas com distintas fontes mostram, tal como os dados apresentados no nosso estudo, a agressão física como a forma mais frequente de violência contra as mulheres. Assim evidenciam um estudo no sul do Brasil sobre violência conjugal, com base em inquéritos policiais (DA SILVA, COELHO, NJAINE, 2014), uma investigação de base populacional, realizada no Brasil, em 15 capitais e no Distrito Federal (REICHENHEIM,

2006) e o trabalho de Deslandes et al. (2000), por meio de questionários aplicados a mulheres vítimas de violência que deram entrada em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Apenas um caso de aborto previsto em lei foi notificado no SINAN, porém o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS registrou a realização de cinco (05). Com isso, ratificamos a existência de subregistro ou subnotificação de dados, pois não sabemos se estas mulheres foram registradas apenas como casos de violência sexual, havendo, portanto, subnotificação do aborto, uma incompletude desse importante dado; ou se não houve notificação dos casos destas mulheres no sistema, ou seja, subregistro.

Em relação aos casos de violência sexual, especificamente o estupro, verificou-se um baixo registro de realização das medidas profiláticas nas unidades notificadoras de Palmas, em conformidade às normas nacionais preconizadas pelo MS na atenção às vítimas. Constatou-se que, em menos da metade, houve notificação de ter sido realizada coleta de sangue, menos ainda profilaxia do HIV, da Hepatite B e de outras IST, bem como de prescrição da contracepção de emergência e coleta de secreção vaginal. Os achados de Palmas diferem de pesquisa de prontuários de 687 mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Hospital Universitário de São Paulo, em que se constatou, para a grande maioria delas, prescrições precoces de profilaxia para DST (antirretrovirais, antibióticos e vacina/imunoglobulina para hepatite B) e anticoncepção de emergência (FACURI et al., 2013). O referido autor ainda destaca a importância destas ações, pois:

Diminuir a frequência de infecções por DST e gestações decorrentes de estupro é diminuir o sofrimento e a possibilidade de uma nova agressão, dado o impacto que seria a necessidade de uma interrupção de gestação (FACURI et al., 2013, p. 895).

Pesquisas internacionais sobre violência mostram que os agressores das mulheres são, em sua maioria, homens, pessoas da sua família ou o próprio parceiro íntimo (WHO, 2002). Isto foi encontrado no nosso estudo, assim como em investigação no Rio de Janeiro, onde 69,4% dos agressores das vítimas de violência atendidas em hospitais públicos foram o esposo, companheiro, ou namorado (DESLANDES et al., 2000), diferentemente daquilo que foi constatado no SINAN no Distrito Federal, onde a maior parte dos agressores homens era desconhecida (SILVA, OLIVEIRA, 2016).

Na nossa pesquisa, o relato de álcool foi registrado em mais da metade dos casos (64,4%), bem acima do patamar nacional com dados do SINAN (32,1%) (MASCARENHAS et al., 2016). Trabalhos discutem que apesar de não se poder afirmar que o agressor se tornou violento porque estava sob o efeito do álcool, confirmam a bebida alcoólica como um

potencializador do comportamento violento do indivíduo, como afirma Giffin (1994) “o uso do álcool exacerba a violência, mas não é causa da mesma” (p. 147). Neste sentido, estudiosos confirmam como o uso de drogas, lícitas e ilícitas, quase sempre está presente no contexto da violência contra mulheres (MARINHEIRO et al., 2006).

Analisando-se as características temporais dos casos de violência registrados em Palmas, observamos que estes são crescentes no período vespertino alcançando as maiores proporções no noturno e estão concentrados no domingo e um pouco menos na segunda-feira. A comparação destes dados com outros estudos é difícil, pois em poucas pesquisas encontramos esta análise, à exceção da investigação realizada em Minas Gerais, especificamente sobre violência doméstica e familiar contra mulheres, utilizando dados de Boletins de Ocorrência que também constatou ser o domingo o dia em que mais ocorre violência, esta sendo praticada mais à noite (SOUSA et al., 2013). Também o trabalho de Cecílio et al. (2012) sobre violência autoprovocada, realizado no estado de São Paulo, com dados do SINAN, mostra concentração no domingo.

Conforme Sousa et al. (2013) os atos violentos geralmente ocorrem à noite e nos finais de semana, pois são os períodos em que os agressores passam maior tempo em casa. Além disso, domingo, por ser o dia de descanso do trabalho, as pessoas fazem mais uso de bebidas alcólicas.

Em Palmas o maior número de casos de violência foi notificado no IML, classificado com o código de unidade da Secretaria Municipal de Saúde, por ser um Departamento da Secretaria Estadual da Segurança Pública e não ter registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Esse maior número de notificações pode ser explicado pelo fato de que as mulheres, ao registrarem B.O. nas Delegacias Especializadas no Atendimento a Mulheres são encaminhadas ao IML para exame de corpo de delito e, ali, são notificados seus casos no SINAN. Em seguida, aparecem as notificações de unidades secundárias da rede de saúde de Palmas, Prontos Atendimentos e Hospitais Públicos e, em menores proporções, os registros em unidades básicas de saúde. Veloso et al. (2013), em Belém constataram que as notificações foram menos frequentes nas unidades básicas de saúde do que nos serviços mais especializados e de urgência e emergência, convergindo com os achados em Palmas.

No nosso estudo, em apenas um estabelecimento privado houve notificação, com pequeno percentual de registros, embora, conforme informações obtidas no NUPAV, à época da implantação das notificações no SINAN, as unidades de saúde, tanto públicas como privadas haviam sido treinadas em Palmas. Ao longo desses 9 anos, várias capacitações e

sensibilizações também foram realizadas nas esferas pública e privada pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (PALMAS, 2016).

Sobre a qualidade dos dados do SINAN, verificou-se um bom preenchimento das variáveis, atingindo uma completitude maior que 90%, salvo nos campos “ocupação” e “escolaridade”, tradicionalmente também lacunares em outros sistemas de informação (ROMERO, 2006). Dados sobre “identidade de gênero”, “motivação da violência”, e “suspeita do uso de álcool” foram incorporados mais recentemente na ficha de notificação, além disso, dizem respeito a informações mais delicadas. O preenchimento completo de todas essas variáveis requer treinamento adequado, uma vez que esses dados podem mensurar desigualdades sociais e sua relação com os atos violentos.

As populações consideradas mais vulneráveis, como as transexuais, praticamente não aparecem como vítimas no presente estudo. Entretanto, outros segmentos como moradoras de rua e usuárias de drogas não constam na própria ficha de notificação. Estas populações, além da exclusão social, enfrentam dificuldades de utilizar os serviços de saúde e sofrem discriminação nestes serviços (BRASIL, 2004b).

A atuação dos profissionais de saúde na atenção às mulheres vítimas de violência é fundamental, tanto na identificação, como na notificação dos casos. A implantação da notificação compulsória da violência ocorreu em meados de 2008 em Palmas e, posteriormente já ocorreram três alterações na ficha individual de notificação/ investigação, visando a melhoria do seu preenchimento. Em investigação sobre a atuação dos profissionais da Rede de Atenção à Violência em Palmas, Pacheco (2015, p. 31) enfatiza que “há desconhecimento por parte dos profissionais sobre o fenômeno da violência e seus diferentes matizes, prejudicando assim a assistência oferecida às mulheres que vivenciam essa situação”. A desinformação sobre a Lei 10.778/2003 que obriga notificar caso confirmado e/ou suspeito de violência expressa, para a autora, a falta de sensibilização por parte de alguns profissionais. Ela ainda assinala como a rotatividade desses profissionais nos serviços de saúde é prejudicial para a notificação, o que certamente impõe a necessidade de retreinamento das equipes (PACHECO, 2015).

Devido à importância do setor saúde nas ações de enfrentamento de violência, sua atuação não deve se limitar apenas aos cuidados das manifestações clínicas apresentadas pelas mulheres, mas deve garantir uma atenção integral e humanizada a fim de diminuir danos físicos e psicológicos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se insere no âmbito das recomendações da Lei Maria da Penha que incentiva o monitoramento e a avaliação das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres. Realizou-se uma análise dos registros de violência em Palmas, notificados no SINAN, a qual permitiu fazer apontamentos relevantes para o aprimoramento das notificações.

Podemos constatar que desde a implantação do SINAN, em Palmas, tem havido uma média de crescimento de 30,6% ao ano de notificações de violência contra mulheres. Isso pode ocorrer, como já mencionado por outros autores em estudos realizados em capitais brasileiras, pelo fato de as mulheres, desnaturalizando a violência e estando mais esclarecidas sobre os seus direitos, procurarem mais os serviços de saúde em busca de atendimento. Outro fator a se considerar, consiste na maior sensibilização dos profissionais responsáveis pela notificação ou melhorias na própria gestão desse serviço, contribuindo para tornar o fenômeno mais visível.

Os dados de homicídios de mulheres em Palmas mostram uma taxa maior do que a média nacional e tendência de elevação nas últimas décadas. Assim, não se pode afastar que o aumento de notificação do SINAN se deva ao crescimento da violência. Contudo é possível que ainda persista subregistro dos casos. Parte das mulheres pode ainda se sentir insegura em relatar tais atos violentos nas consultas, já que esse é um assunto delicado e degradante devido à cultura de submissão feminina. Neste sentido, os números apresentados no presente estudo podem estar indicando apenas uma parcela desse fenômeno em Palmas.

Sugere-se para os próximos estudos uma análise comparativa dos registros do setor saúde com aqueles da Segurança Pública, uma vez que a notificação de violência no SINAN é de caráter compulsório, tanto de casos suspeitos, quanto confirmados. Como visto neste trabalho, se os casos de violências registrados desde 2008, período em que foi implantado o SINAN, são sempre muito inferiores àqueles da SSP/TO que não possui caráter obrigatório, torna-se necessário uma comparação minuciosa para detectar o que está contribuindo para o subregistro de casos no SINAN. Sugere-se também estudos específicos sobre a violência autoprovocada e sexual, já que estas representam parcelas significativas das formas de violência registradas em Palmas.

Recomendamos aos gestores municipais e estaduais efetivas ações de sensibilização dos profissionais notificadores para identificação da violência, sobretudo, aqueles da atenção básica, como Agentes Comunitários de Saúde - ACS, assistentes de serviços de saúde, assim

como enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, médicos e outros membros das equipes de saúde enfatizando a importância da notificação e os seus desdobramentos. Ressaltamos também a relevância da busca ativa realizada pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica – NVE – dentro dos hospitais. Indicamos ainda que se faça sensibilização, treinamento e capacitação junto aos gestores e profissionais das unidades de saúde da rede privada de Palmas que registram pouquíssimas notificações, visto que em apenas uma houve registros em 2016.

Percebemos a necessidade de treinamento específico para o preenchimento correto da ficha de notificação, focando nos campos mais problemáticos (escolaridade, ocupação, mas, sobretudo, identidade de gênero, motivação da violência e suspeita do uso de álcool). Para superar a grande subnotificação desses dados deve-se intensificar as capacitações com as equipes notificadoras a fim de se obter completude dos dados e conseqüentemente qualidade da informação. Sugere-se aos serviços de saúde municipal e estadual que sejam incorporados ao planejamento as necessidades de capacitação identificadas no presente estudo.

Recomendamos que o setor saúde, em Palmas, deve assumir o seu relevante papel frente à Rede de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, tendo em vista estratégias efetivas de prevenção e identificação da violência, melhoria na qualidade do atendimento e encaminhamento apropriado das mulheres em situação de violência. Dessa forma, o setor saúde, articulado aos demais órgãos/instituições governamentais e entidades não governamentais que compõem a Rede de Atenção, delineará caminhos para o atendimento integral e intersetorial às mulheres em situação de violência. A criação e estruturação do NUPAV, a partir de 2005, certamente representa um esforço da coordenação local para estruturação da rede de atenção integral às pessoas em situação de violência, bem como para implementação da notificação de violências.

A crise política que o Brasil está enfrentando nos últimos anos é preocupante. As mudanças ocorridas no nível federal têm trazidos prejuízos para as ações de combate à violência, já que afetaram diretamente a SPM que perdeu o status de Ministério, estando atualmente incorporada ao Ministério da Justiça e Cidadania. Ainda é desconhecido qual impacto do enfraquecimento da coordenação federal no desenvolvimento das ações no nível de estados e municípios.

Por fim, as ameaças de retrocesso dos direitos sociais podem aumentar as desigualdades sociais e conseqüentemente a violência contra as mulheres. Entretanto, apesar desse cenário político e social preocupante, não podemos deixar de reconhecer que houve avanços importantes em direção à desnaturalização do fenômeno da violência e as mulheres

se tornaram mais cientes dos seus direitos e mais engajadas na luta pela igualdade de gênero, que deve permanecer viva para que mais direitos sejam conquistados.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M.B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, jan./mar. 2014.

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ALBUQUERQUE, J.B.C. et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mujeres registradas en una Unidad de Salud de la Familia. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 15, n. 2, p. 382-90, abr./jun. 2013.

ALVES, M. C. L.; DUMARESQ, M. L.; SILVA, R. V. **As Lacunas no Enfrentamento à Violência contra a Mulher**: análise dos bancos de dados existentes acerca da violência doméstica e familiar. Brasília, DF: Núcleo de Estudos e Pesquisas; CONLEG; Senado, abril, 2016 (Texto para Discussão nº 196). Disponível em: <[www.senado.leg.br/estudos](http://www.senado.leg.br/estudos)>. Acesso em: 5 abr. 2016.

AZAMBUJA, M. P. R. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, maio/ago. 2014.

BARBOSA, G. C. **Mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em uma capital da Região Norte**. UFBA, 2017. Disponível em: <<https://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21672/1/DISS.%20GILIAN%20%20BARBOSA%20MP.%202016%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo**: fatos e mitos. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BRASIL. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Nº 96. Seção 1, p. 3-8.

BRASIL. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violências contra mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 novembro 2003. Seção 01, p. 11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.046 de 05 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **[legislação na internet]**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406\\_05\\_11\\_20042004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_20042004.html)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. **Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs**. Brasília, DF: SEPM, 2010a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (**Lei Maria da Penha**). Brasília, DF: Câmara dos Deputados; Edições Câmara, 2010b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Ideal Gráfica e Editora, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013. **Institui o Programa Mulher sem violência e dá outras providências**. Brasília, DF, 2013a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013c. 114 p.

\_\_\_\_\_. Programa Mulher Viver sem Violência. **Casa da Mulher brasileira**: diretrizes gerais e protocolos de atendimento. Brasília, DF, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Subcomissão Especial para debater o tema da Violência Contra a Mulher**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; Comissão de Seguridade Social e Família, 2013d.

\_\_\_\_\_. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, ano 8, 156 p, edição 2014. ISSN 1983-7364.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Lei do Femicídio. Altera o 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 10 mar. 2015a. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015b. 181p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Balanco 2015**: Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Brasília, DF, 2015c. 20 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher - RASEAM**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015d. 181 p.

BRASIL. Medida provisória nº 726, de 12 de maio de 2016. **Altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios.** Brasília, DF, 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha – 10 anos.** 2016b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/>>. Acesso em: 09 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, DF: MS, 2016c.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal.** 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em: 01 mar. 2013.

BRICEÑO-LEÓN, R. et al. La nuevaviolencia urbana de América Latina. **Sociologias**, v. 4, n. 8, p. 34-51, 2002.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003.

CECILIO, L. P. P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2012.

DA SILVA, A.C.L.G.; COELHO, E.B.S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1255-1262, 2014.

DE ALBUQUERQUE, J.B.C. et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 382-90, 2013.

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

DE SOUSA, A.K.A; NOGUEIRA, D.A.; GRADIM, C.V.C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 425-314, 2013.

DESLANDES, S.F. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 129–137, 2000.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 299-311, 2009.

FACURI, C.O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p. 889-898, maio 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Serviço Social do Comércio. Módulo Violência. In: **Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em: 14 out. 2016.

GALINDO, S.R.W.; SOUZA, M. R. de. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 14, n. 3, p. 296-302, 2013.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 146-155, 1994. [supl].

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOVERNO FEDERAL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008.

GROSSI, P.K.; TAVARES, F.A.; BARROS, S.O. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea digital**, n. 14, p. 267-280. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/5SE>>. Acesso em: 29 out. 2016.

JINA, R; THOMAS, L. S. Health consequences of sexual violence against women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 15-26, 2013.

KRUG, E.G. Organização Mundial da Saúde-OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. p. 05.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015.

MACEDO, A.C. **Gênero, Raça e Feminicídios**: uma análise das construções sociais e suas implicações na violência doméstica contra a mulher. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12898/1/2014\\_%20AldenoraConcei%C3%A7%C3%A3od eMacedo.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12898/1/2014_%20AldenoraConcei%C3%A7%C3%A3od eMacedo.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MARINHEIRO, A. L. V. et al. Prevalência de violência contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, ago. 2006.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiologia. Serviços. Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, 2016.

MENEZES, T.C. et al. A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 25, p. 309- 316, 2003.

MINAYO, M.C.S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 375-383, 2006.

\_\_\_\_\_. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2007. [sup].

MORAES, L.C.; PERES, T.F.M.; REICHENHEIM, M. Epidemiologia das violências interpessoais. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2014. p. 515.

OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE E GÊNERO. **Destaques**. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/>>. Acesso em: 09 set. 2016.

PACHECO, Leonora Rezende. **A prática assistencial na rede de enfrentamento da violência contra as mulheres em Palmas/To.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4973/5/Tese%20Leonora%20Rezende%20Pacheco%20-%202015.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PALMAS (Cidade). Portaria nº 557, de 28 de Julho de 2008. Dispõe sobre a implantação e implementação do Núcleo de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz no município de Palmas. **Diário Oficial [do] Estado do Tocantins** de 30 de julho de 2008.

\_\_\_\_\_. **IBGE.** 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

PALMAS, RELATÓRIO detalhado do quadrimestre anterior. **RDQA 2º quadrimestre de 2016.** Palmas, TO, 2016. Disponível em: [http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/Relat%C3%B3rio\\_do\\_1%C2%BA\\_Q\\_uadrimestre\\_-\\_2016\\_4sGpcHu.pdf](http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/Relat%C3%B3rio_do_1%C2%BA_Q_uadrimestre_-_2016_4sGpcHu.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2017.

PEGORARO, R.B. et al. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

REICHENHEIM, M.E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 425-437, 2006.

RIFIOTIS, T. As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a 'judicialização' dos conflitos conjugais. **Sociedade e Estado**, v. 19, n. 1, p. 85-119, 2004.

RODRÍGUEZ, J.C.R.; GUERRA, M.C.P. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. **Salud Mental**, v. 20, n. 2, p. 5-16, 1997.

ROMERO, D.E. et al. 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). **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 673-84, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, FAE: UFRGS, v. 20, n. 2, p. 71-100, jul./dez. 1995.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Labys, Estudos Feministas**. [Revista eletrônica], n. 1-2, jul./dez. 2002.

\_\_\_\_\_. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

\_\_\_\_\_. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres**. 2009. (Série Estudos/Ciências Sociais/FLASCO-Brasil). Disponível em: <[http://www.flasco.org.br/portal/pdf/serie\\_estudos\\_ensaios/Heleieth\\_Saffioti.pdf](http://www.flasco.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2017.

SAFFIOTTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.205-216, 2009. [supl].

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 2, p. 5263-5272, 2003.

SILVA, M.C.M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013.

SILVA, M.A. **Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP, em Recife/Pernambuco**. Recife: Maria Arleide da Silva (Editora), 2006.

SILVA, L.E.P. da; OLIVEIRA, M.L.C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 331-342. jun. 2016.

SOUZA, M.J. et al. Caracterização dos casos de violência sexual contra a mulher em uma unidade de referência. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 1, p. 177-192, 2014.

SILVEIRA, R.S; NARDI, H.C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a Lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p.14-24, 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 set. 2016.

TOCANTINS (Estado). Secretaria da Saúde. Portaria SESAU nº 796, de 01 de novembro de 2014. Institui normas e fluxos para realização de pesquisas nas Unidades de Saúde e Setores de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. **Diário Oficial [do] Estado do Tocantins**, de 01 de novembro de 2014.

TEIXEIRA, M.G. et al. Seleção das Doenças de Notificação Compulsória: Critérios e Recomendações para as Três Esferas de Governo. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.

VELOSO, M.M.X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Epidemiologia do suicídio**. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 11-27.

WAISELFISZ, J.J.; CEBELA/FLACSO. **Mapa da Violência 2015**. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília, DF, Secretaria de Políticas para as Mulheres, ONU Mulheres, Organização PanAmericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2002.

## ANEXO I

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

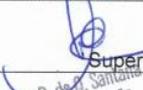
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde    2- Unidade de Assistência Social    3- Estabelecimento de Ensino    4- Conselho Tutelar    5- Unidade de Saúde Indígena    6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher    7- Outros	
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
Notificação Individual	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	16 Escolaridade		14 Gestante	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados de Residência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	30 DDD) Telefone		31 Zona	
	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?	
	40 UF		41 Município de ocorrência	
Dados da Ocorrência	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
	52 Local de ocorrência		51 Hora da ocorrência	
	53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?	
	01 - Residência		04 - Local de prática esportiva	
	02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar	
	03 - Escola		06 - Via pública	



## ANEXO II

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO III TERMO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
---	---	--

## Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Identificação da Pesquisa			
Pesquisador(a) Responsável: Greice Maria de Souza Menezes			
Título do Projeto de Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PALMAS - TOCANTINS: O QUE REVELAM OS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN?			
Parecer da Diretoria da Escola Tocantinense do SUS			
O Parecer Técnico da Unidade Campo é favorável à realização da pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética aprova a pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Termo de Compromisso está assinado e com assinatura reconhecida.	X	SIM	NÃO
14/03/2017 Data/ Gerente GEPCI	 Lorena Louise J. dos P. Honório Gerente de Educação Permanente, Ciência, Tecnologia e Inovação	15/03/17 Data/Diretor(a) ETSUS	 Audrey Alves do Carmo Diretora da Escola Tocantinense do Sus - Dr. Gismar Gomes Mat. 1093266-1 SESAU-TO
Parecer da Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde			
Data: 16/03/2017	 Superintendente SGPEs		

Márcia Valéria R. de A. Santana  
Superintendente de Gestão  
Profissional e Ed. na Saúde  
Mat. : 445764-7 SESAU - TO