

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/prat07>

Jusimari Aparecida Estadler Candiotto

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
jusicandiotto@yahoo.com.br

Karen Gertrudes Baesso

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
karenbaesso@hotmail.com

Paola Rodegheri Galeli

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
paola.rga@gmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
ionavieira71@hotmail.com

Cristiane Damiani Tomasi

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
cdtomasi@unesc.net

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) pode se enquadrar em várias categorias instituídas a partir da desigualdade entre os sexos, descendente da ideia hierárquica, em que o controle masculino prevalece nas relações entre os sexos. A violência pode ser caracterizada em qualquer ação baseada no gênero, que resulte em algum dano físico, sexual ou psicológico, independente do grau de instrução, situação financeira, religião ou cultura dos envolvidos. Trata-se de uma problemática complexa com raízes na inter-relação de fatores econômicos, culturais, biológicos, políticos e sociais (SILVA e OLIVEIRA, 2016; CORTES *et al.*, 2015)

Os atos violentos contra a mulher ocorrem em diferentes circunstâncias e cenários, afetando pessoas de ambos os sexos; mas podemos perceber que as mulheres são as maiores vítimas em todas as faixas etárias. A violência contra a mulher pode trazer várias consequências que vão das doenças sexualmente transmissíveis e aids, gravidez indesejada ao aborto inseguro, dos transtornos psicológicos e psiquiátricos pós-trauma e pode levar ao suicídio (BANDEIRA, 2014; LIMA e DESLANDER, 2014)

A violência contra a mulher pode ser descrita sob cinco diferentes formas: Violência financeira/patrimonial: Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares (BRASIL, 2009). Violência física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006). Violência moral: Prática atribuída a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem (BRASIL, 2009). Violência psicológica: Pode ocorrer quando submetemos a pessoa a humilhações e ações ou omissões que causam danos à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2007). A violência sexual: entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada (BRASIL, 2009).

Vários estudos feitos com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência seja ela doméstica ou sexual em diversas regiões do Brasil através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelam que: as mulheres entre 20 e 29 anos são as maiores vítimas desse tipo de violência, já no que se refere a etnia, as maiores vítimas são da raça/cor branca, seguidos de pardos e pretos, ressalta-se que em mais de 20% das notificações não havia informação de raça/cor. Grande parte dos atos de violência acontecem nas residências, seguido das vias públicas, em 16% das notificações não apresentavam informação referente ao local de ocorrência (BRASIL, 2011).

No que se refere ao combate à violência, a notificação é um instrumento duplamente importante, pois ela produz benefícios para os casos singulares, além de constituir instrumento de controle epidemiológico da violência – sendo que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Com a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência as autoridades responsáveis têm acesso a números mais realistas do problema, possibilitando assim ações específicas no combate à violência (GALINDO; SOUZA, 2013).

Todas as questões que a ficha de notificação possui estão subdivididas em campos, englobando dados de identificação, dados detalhados da ocorrência, dados sobre evolução e encaminhamento no setor de saúde e fora dele, além da circunstância da lesão. Sua utilização efetiva permite 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 (GARBIN *et al.*, 2015)

Com a descentralização e o uso sistemático do SINAN, houve a democratização da informação, assim todos os profissionais de saúde têm acesso à informação e as tornam disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2018).

Outro ponto que precisa ser levado em conta quando se fala sobre os dados no sistema de informação são aqueles dados da subnotificação. Em estudo realizado com vários profissionais de saúde que trabalham em unidades de saúde de Belo Horizonte, comprovou que a subnotificação está relacionada ao medo e ao fato de os profissionais estarem expostos aos possíveis agressores. A subnotificação não pode ser entendida como indicadora que os profissionais não se preocupem com a violência contra a mulher, assim como não dá para deduzir que aqueles profissionais que relatam não atender casos de violência neguem a existência do problema (KIND *et al.*, 2013).

Nos últimos 20 anos, obteve-se avanço considerável na atenção à violência contra a mulher após as conquistas dos movimentos feministas, convenções e encontros sobre o tema permitindo que os estados orientem competências políticas, institucionais, administrativas e responsabilizem agentes públicos em relação à superação de diferenças de gênero nas esferas do governo (MENEGHEL *et al.*, 2013).

Em agosto de 2006, o então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sanciona a lei federal n. 11.340/2006 de Combate à Violência Doméstica e Familiar, batizada como Lei Maria da Penha, em homenagem à professora universitária cearense Maria da Penha Maia. A popular Lei Maria da Penha é reconhecida pela ONU como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres – resultado de uma luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar contra a mulher (MORENO, 2015).

Apesar da lei ter o apoio significativo de toda a sociedade, sua implementação trouxe à tona muitas resistências. Resistências que conviviam com a aceitação da violência doméstica como crime de menor poder ofensivo e reforçavam as relações de dominação do sistema patriarcal. Deste modo, a Lei Maria da Penha veio para dar uma guinada na história da impunidade, por meio dela, mulheres em situação de violência ganharam direito e proteção; fortaleceu-se a autonomia das mulheres, vidas que possivelmente seriam perdidas passaram a ser preservadas (MORENO, 2015).

MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma abordagem de pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, com dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN). A pesquisa foi coordenada pelo GECIES (Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde), nas dependências do Núcleo de Saúde Coletiva, por duas acadêmicas de enfermagem.

Os dados foram coletados através do DATASUS – Base de dados nacional, de livre acesso, disponível *online*, através do SINAN, sistema em que são notificadas as violências doméstica, sexual e/ou outras violências, por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, através da ficha de notificação/investigação. Os dados coletados terão abrangência nacional. O estudo foi realizado a partir de notificações de casos de violência contra a mulher no Brasil registrados no SINAN-DATASUS de 2009 a 2014. Nesse período, o SINAN teve 765.174 registros de casos de violência no Brasil, sendo 535.820 referentes à violência contra a mulher. Nesse estudo serão utilizados apenas os registros de violência contra a mulher.

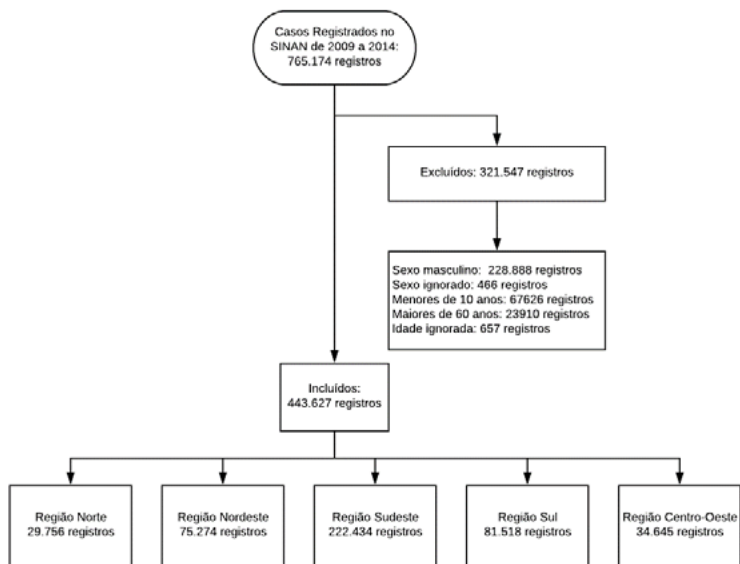
Após a extração dos dados do SINAN, utilizando o programa Tabwin, foi realizada a análise estatística. As variáveis nominais foram apresentadas com frequência absoluta e relativa. As comparações entre variáveis nominais foram realizadas por teste de Qui-quadrado, ou teste exato de Fischer, conforme indicado. Para análise de correlação foram utilizados os coeficientes de correlação (r) de Spearman, conforme indicado. Em todas as análises estatísticas foi considerada diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi desenvolvida no *software* estatístico SPSS, versão 22.0.

Este trabalho propõe dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de submissão ao CEP. O motivo para tal diz respeito a utilização de dados de domínio público.

RESULTADOS

Realizou-se a análise dos dados na perspectiva quantitativa no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) sobre os registros de violência contra a mulher no Brasil. No período de 2009 a 2014, foram registrados um total de 765.174 notificações no SINAN. Neste estudo foram excluídos 321.547 registros por atender as seguintes condições: sexo masculino 228.888, sexo ignorado 466.00, menores de 10 anos 67.626, maiores de 60 anos 23.910, idade ignorada 687. Deste modo foram utilizados para a análise 443.627 registros, que quando distribuídos por região equivalem na região norte, 29.756; região nordeste, 75.274; região sudeste, 222.434; região sul, 81.518; região centro oeste, 34.645 registros (Figura1).

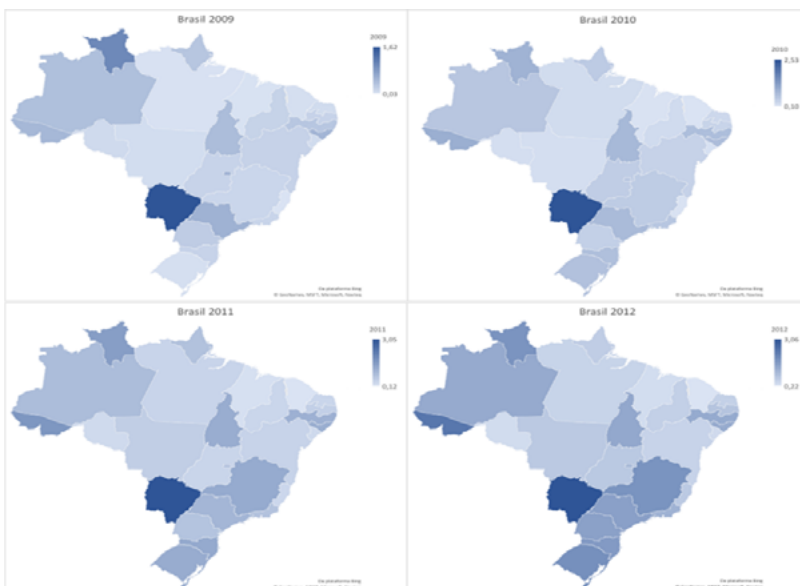
Figura 1: Fluxograma descritor da obtenção de dados para o estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

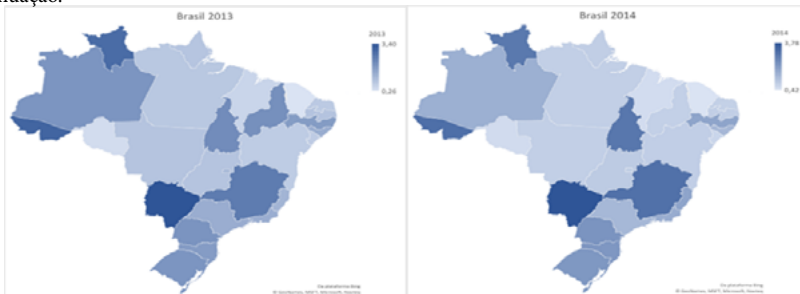
De acordo com o levantamento de dados na pesquisa do período de 2009 a 2014 no Brasil (Figura 2), observou-se que o estado de Mato Grosso do Sul no ano de 2009 obteve um coeficiente de 1,62 notificação de violência para cada mil mulheres. Nos anos seguintes, o estado do Mato Grosso do Sul continuou tendo os maiores coeficientes de notificação de violência para cada mil mulheres com os seguintes valores: 2010, 2,56/1.000 mulheres; 2011, 3,05/1.000 mulheres; 2012, 3,06/1.000 mulheres; 2013, 3,48/1.000 mulheres e 2014, 3,78/1.000 mulheres. Em 2013 se destaca o crescimento das notificações nos estados do Acre e Roraima e em 2014, além do aumento do coeficiente de notificação nesses estados, Tocantins também merece destaque com alto coeficiente de notificação. Ainda, em 2014 houve uma diminuição do coeficiente de notificação de violência entre as mulheres nos outros estados, mas os índices ainda apontam que em 2014 foi o ano em que houve maior número de registros de violência contra as mulheres.

Figura 2: Registro de violência por mil mulheres das unidades da federação de 2009 a 2014.



Continua...

Continuação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Analisando os meios de agressão e o provável agressor (Tabela 1), verificou-se que entre as notificações de 2009 a 2014 no Brasil, o meio que mais teve registro foi a ameaça com 97.886 (22,06%) registros. Verificando os meios de agressão por região observamos que, em todas as regiões a ameaça configura como o meio de agressão mais utilizado quando se fala na violência contra a mulher. Em seguida, o meio de agressão que mais se destaca é o de objeto perfuro cortante e outros meios de agressão. Não são descritos no SINAN sobre o que se trata os outros meios de agressão.

No que se refere ao provável agressor da vítima de violência contra a mulher no Brasil entre os anos de 2009 e 2014 (Tabela 1), cônjuge aparece em primeiro lugar com 102.839 (23,18%) registros, analisando o provável agressor por região podemos identificar que o cônjuge aparece em primeiro lugar em todas as regiões. Também se verificou que amigos e conhecidos, assim como a própria pessoa aparecem como os prováveis agressores das mulheres vítimas de violência. Ressalta-se que quando o provável agressor é a própria vítima de violência, estes dados são referentes à tentativa de suicídio.

Tabela 1: Tipos de Meio e o Provável Agressor nas Regiões do Brasil

	Região N (%)					Brasil N (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Meios de Agressão						
Ameaça	8.995 (30,23)	15.006 (19,94)	45.371 (20,40)	21.818 (26,76)	6.696 (19,33)	97.886 (22,06)
Objeto Perfurocor- tante	3.198 (10,75)	8.963 (11,91)	14.932 (6,71)	6.551 (8,04)	4.285 (12,37)	37.929 (8,55)
Objeto Con- tudente	1.455 (4,89)	3.926 (5,22)	9.277 (4,17)	3.821 (4,69)	1.757 (5,07)	20.236 (4,56)
Enforcamen- to	1.228 (4,13)	2.241 (2,98)	10.840 (4,87)	3.462 (4,25)	1.937 (5,59)	19.708 (4,44)
Envenena- mento	1.193 (4,01)	6.274 (8,33)	16.193 (7,28)	7.500 (9,20)	1.779 (5,13)	32.939 (7,42)
Arma	1.000 (3,36)	4.897 (6,51)	4.483 (2,02)	2.149 (2,64)	1.727 (4,98)	14.256 (3,21)
Substância ou Objeto Quente	149 (0,50)	678 (0,90)	1.527 (0,69)	626 (0,77)	290 (0,84)	3.270 (0,74)
Outros Meios de Agressão	1.669 (5,61)	6.121 (8,13)	23.576 (10,60)	9.803 (12,03)	4.366 (12,60)	45.535 (10,26)
Provável Agressor						
Pai	826 (2,78)	1.803 (2,40)	6.415 (2,88)	4.223 (5,18)	1.488 (4,29)	14.755 (3,33)
Mãe	389 (1,31)	1.561 (2,07)	5.712 (2,57)	4.747 (2,57)	1.482 (4,28)	13.891 (3,13)
Padrasto	1.290 (4,34)	1.062 (1,41)	3.358 (1,51)	1.981 (2,43)	749 (2,16)	8.440 (1,90)

Continua...

Continuação.

Provável Agressor

Madrasta	58 (0,19)	72 (0,10)	430 (0,19)	173 (0,21)	82 (0,24)	815 (0,18)
Cônjuge	5.780 (19,42)	14.120 (18,76)	54.538 (24,52)	20.566 (25,23)	7.835 (22,62)	102.839 (23,18)
Ex-Cônjuge	2.147 (7,22)	5.405 (7,18)	19.501 (8,77)	6.427 (7,88)	2.302 (6,64)	35.782 (8,07)
Namorado(a)	2.875 (9,66)	2.785 (3,70)	8.736 (3,93)	2.970 (3,64)	1.367 (3,95)	18.733 (4,22)
Ex-Namorado(a)	657 (2,21)	1.278 (1,70)	6.270 (2,82)	1.656 (2,03)	621 (1,79)	10.482 (2,36)
Amigos ou Conhecidos	5.730 (19,26)	7.980 (10,60)	25.549 (11,49)	8.869 (10,88)	3.885 (11,21)	52.013 (11,72)
Desconhecido	4.249 (14,28)	7.341 (9,75)	20.372 (9,16)	8.047 (9,87)	5.144 (14,85)	45.153 (10,18)
Cuidador	48 (0,16)	109 (0,14)	261 (0,12)	194 (0,24)	102 (0,29)	714 (0,16)
Patrão/Chefe	82 (90,28)	106 (0,14)	479 (0,22)	230 (0,28)	86 (0,25)	983 (0,22)
Pessoa com relação institucional	134 (0,45)	259 (0,34)	1.042 (0,47)	449 (0,55)	181 (0,52)	2.065 (0,47)
Própria Pessoa	1.557 (5,23)	7.097 (9,43)	26.891 (12,09)	14.160 (17,37)	4.449 (12,84)	54.154 (12,21)
Filho	224 (0,75)	696 (0,92)	4.087 (1,84)	1.722 (2,11)	675 (1,95)	7.404 (1,67)
Irmão	608 (2,04)	1.587 (2,11)	6.577 (2,96)	1.997 (2,45)	991 (2,86)	11.760 (2,65)
Policial ou Agente da Lei	115 (0,39)	241 (0,32)	679 (0,31)	260 (0,32)	145 (0,42)	1.440(0,32)
Outros vínculos	1.872 (6,29)	5.605 (7,45)	13.683 (6,15)	5.685 (6,97)	2.074 (5,99)	28.919 (6,52)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados frequência absoluta (n) e relativa (%) ou mediana e valores mínimo e máximo.

Nos dados referentes ao perfil sociodemográfico das vítimas de violência foram analisados, a raça, faixa etária e escolaridade (Tabela 2). Verificou-se que no Brasil, as mulheres da raça branca sofreram mais violência no período pesquisado com 183.956 (41,47%), depois temos a Parda com 143.344 (32,31%) registros e os Ignorados com 74.024 (16,69%) registros. Analisando os dados por região observou-se que a raça Parda tem maior evidência nas regiões norte, nordeste e centro oeste, 21.953 (73,77%); 33.799 (44,90%); 14.649 (42,28%) registros respectivamente, seguido da raça Branca nas regiões sul e sudeste, com 61.513 (75,46%) registros e 99.806 (44,87%) registros respectivamente e as raças ignorados/brancos teve maior registro na região nordeste com 24.988 (33,20%).

Analisando a escolaridade por região (Tabela 2), foi observado que no Brasil o maior registro está nos casos ignorados 167.514 (37,8%), em seguida o Ensino Fundamental II incompleto com 81.439 (18,36%) registros. Observando o nível de escolaridade por região percebeu-se que região norte e sul, os maiores registros são no ensino fundamental II incompletos 8.529 (28,66%) e 19.470 (23,88%) respectivamente. Nas demais regiões: nordeste, sudeste e centro-oeste, os casos cadastrados como ignorados e brancos tem os maiores números de registros (37.005 (49,02%); 92.770 (41,07%) e 13.486 (38,95%) registros respectivamente.

No que se refere à faixa etária no Brasil (Tabela 2), em que mais ocorreu a violência foi, de 20 a 29 anos com 127.140 (28,66%) registros, entre 30 e 39 anos com 102.170 (23,03%) registros e de 15 a 19 anos com 73.488 (16,57%) registros. Na região norte, a faixa etária com maior registro foi a de 10-14 anos com 9.375 (31,51%). Nas demais regiões a faixa etária com maior registro é a de 20-29 anos, região nordeste com 23.370 (31,05%), região sudeste com 65.528 (29,46%), região sul com 50.879 (25,61%), e na região centro-oeste com 9.944 (28,70%) registros respectivamente.

Tabela 2: Perfil socioeconômico da vítima de violência, nas diferentes regiões do Brasil de 2009 a 2014

	Região Norte N (%)	Região Nord- este N (%)	Região Sudeste N (%)	Região Sul N (%)	Região Cen- tro-Oeste N (%)	Brasil N (%)
Raça						
Branca	3.329 (11,19)	9.170 (12,18)	99.806 (44,87)	61.513 (75,46)	10.138 (29,26)	183.956 (41,47)
Preta	1.435 (4,82)	6.363 (8,45)	21.713 (9,76)	4.558 (5,59)	2.437 (7,03)	36.506 (8,23)
Amarela	227 (0,76)	664 (0,88)	1.369 (0,62)	376 (0,46)	394 (1,14)	36.506 (0,68)
Parda	21.952 (73,77)	33.799 (44,90)	61.788 (27,78)	11.156 (13,69)	14.649 (42,28)	143.344 (32,31)
Indígena	639 (2,15)	290 (0,39)	554 (0,25)	416 (0,51)	868 (2,51)	2.767 (0,62)
Ignorados/ Branco	2.174 (7,31)	24.988 (33,20)	37.204 (16,73)	3.499 (4,29)	6.159 (17,78)	74.024 (16,69)
Faixa Etária						
10-14 anos	9.375 (31,51)	9.593 (12,74)	22.639 (10,18)	12.040 (14,77)	5.241 (15,13)	58.888 (13,27)
15-19 anos	5.575 (18,74)	12.550 (16,67)	35.202 (15,83)	13.777 (16,90)	6.384 (18,43)	73.488 (16,57)
20-29 anos	7.419 (24,93)	23.370 (31,05)	65.528 (29,46)	20.879 (25,61)	9.944 (28,70)	127.140 (28,66)
30-39 anos	4.728 (15,89)	17.716 (23,54)	54.595 (24,54)	17.706 (21,72)	7.425 (21,43)	102.170 (23,03)
40-49 anos	1.940 (6,52)	8.626 (11,46)	30.348 (13,64)	11.363 (13,94)	3.847 (11,10)	56.124 (12,65)
50-59 anos	719 (2,42)	3.419 (4,54)	14.122 (6,35)	5.753 (7,06)	1.804 (5,21)	25.817 (5,82)

Escolaridade

Continua...

PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE COLETIVA I

Cristiane Damiani Tomasi
Lisiane Tuon Generoso Bitencourt
Luciane Bisognin Ceretta
Paola Rodegheri Galeli

Continuação.

	Região Norte N (%)	Região Nord- este N (%)	Região Sudeste N (%)	Região Sul N (%)	Região Cen- tro-Oeste N (%)	Brasil N (%)
Analfabeto	401 (1,35)	1.252 (1,66)	1.658 (0,75)	883 (1,08)	374 (1,08)	4.568 (1,03)
Ensino Fundamental I Incompleto	2.739 (9,20)	4.824 (6,41)	11.312 (5,09)	7.596 (9,32)	2.311 (6,67)	28.782 (6,49)
Ensino Fundamental I Completo	1.688 (5,67)	2.331 (3,10)	7.978 (3,59)	4.344 (5,33)	1.331 (3,84)	17.672 (3,98)
Ensino Fundamental II Incompleto	8.529 (28,66)	12.758 (16,95)	33.569 (15,09)	19.470 (23,88)	7.113 (20,53)	81.439 (18,36)
Ensino Fundamental II Completo	1.926 (6,47)	3.266 (4,34)	16.708 (7,51)	8.624 (10,58)	2.005 (5,79)	35.529 (7,33)
Ensino médio incompleto	3.113 (10,46)	4.829 (6,42)	19.790 (8,90)	8988 (11,03)	3.424 (9,88)	40.144 (9,05)
Ensino médio completo	3.244 (10,90)	6.400 (8,50)	29.310 (13,18)	10.311 (12,65)	3.137 (9,05)	52.402 (11,81)
Educação superior incompleta	653 (2,19)	1318 (1,75)	4278 (1,92)	2028 (2,49)	872 (2,52)	9.149 (2,06)
Educação superior completa	483 (1,62)	1.255 (1,67)	4.986 (2,24)	1.965 (2,41)	570 (1,65)	9.259 (2,09)
Não se aplica	11 (0,04)	36 (0,05)	75 (0,03)	25 (0,03)	22 (0,06)	169 (0,04)
Ignorado/ Branco	6.969 (23,4)	37.005 (49,2)	92.770 (41,7)	17.284 (21,2)	13.486 (38,9)	167.514 (37,8)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados frequência absoluta (n) e relativa (%) ou mediana e valores mínimo e máximo.

Na tabela 3, os tipos de violência mais frequentes na ocorrência de violência sexual são violência psicológica-moral (41,5%) e física (37,8%), respectivamente. Também se apresenta com alta frequência a violência de repetição (41,5%). A estimativa de risco indica que mulheres que sofrem violência física e violência de repetição têm risco 4,5 (IC95% 4,43-4,56) e 1,4 (IC95% 1,38-1,42) vezes maior de sofrer também violência sexual, respectivamente. Já o fato de sofrer violência financeira, psicológica-moral e tortura, são fatores de proteção contra a violência sexual. Não houve associação significativa entre negligência/abandono e violência sexual.

Tabela 3: Comparação entre Violência Sexual e outras violências concomitantes

	Violência Sexual n (%)		Valor de p	RR (IC 95%)
	Sim	Não		
Tipo de violência				
Financeira	1.672 (2,6)	5.167 (1,7)	<0,001*	0,69 (0,66-0,72)
Física	24.821 (37,8)	251.335 (80,7)	<0,001*	4,5 (4,43-4,56)
Negligência/abandono	2.282 (3,6)	10.984 (3,5)	0,656	0,99 (0,95-1,04)
Psicológica-moral	27.102 (41,5)	109.000 (35,2)	<0,001*	0,80 (0,79-0,81)
Tortura	5.191 (8,2)	8.874 (2,9)	<0,001*	0,44 (0,43-0,45)
Violência de Repetição	25.238 (41,5)	123.334 (52,1)	<0,001*	1,4 (1,38-1,42)

Fonte: Dados da pesquisa SINAN/DATASUS, 2009-2014. Os dados são apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). A comparação entre os grupos foi realizada por teste exato de Fisher, e calculada a estimativa de risco (bruto), apresentando o risco relativo (RR) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

*Diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Este estudo também revela que a violência física é o tipo mais utilizado pelos agressores, ela aparece em destaque com o maior número de registros no Brasil, com 321.045 (72,37%), seguida da violência psicológica-moral com 150.815 (34,00%) e a sexual 71.311 (16,07%) registros. Assim como em todas as regiões, destaca-se na região sul se verifica a maior frequência de violência de repetição 36.028 (44,2%). No Brasil, identificou-se que o estupro aparece

com maior frequência, 55.803 (78,37%) registros, seguido de assédio sexual com 13.224 (18,57%) e atentado violento ao pudor com 7.329 (10,32%) registros respectivamente, verificou-se que entre os anos de 2009 e 2014 o estupro aparece em primeiro lugar, seguido do assédio sexual e atentado violento ao pudor em todas as regiões.

No Brasil e em todas as regiões o encaminhamento ambulatorial aparece em primeiro lugar com 205.914 (46,42%), seguidos de ignorados e brancos com 125.940 (28,39%) e não se aplica com 64.918 (14,63%) de registros respectivamente. Em relação a evolução dos casos de violência no Brasil, a Alta está em primeiro lugar com 335.294 (75,58%) registros, seguido dos ignorados e branco com 98.081 (22,11%) registros e da evasão/fuga 6.543 (1,47%) registros. Nos anos de 2009 a 2014, a evolução dos casos nas regiões norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste, seguiram os mesmos padrões de registros do Brasil. Vale ressaltar o alto índice de ignorados e brancos tanto nos encaminhamentos aos serviços de saúde, como na evolução dos casos, isso pode demonstrar um despreparado dos profissionais de saúde no preenchimento da ficha de notificação de agravos.

Outro ponto analisado verificou-se que mulheres que sofrem violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição têm risco 3,08 (IC95% 1,93-4,90), 5,22 (IC95% 4,30-6,32) 4,31 (IC95% 3,85-4,82), 1,73 (IC95% 1,32-2,26) e 4,71 (IC95% 4,25-5,22) vezes maior de óbito relacionado à violência, respectivamente. Já tortura, lesão autoprovocada e violência física são fatores de proteção para óbito relacionado à violência e a violência por intervenção legal não foi associada ao óbito relativo à violência.

De acordo com os resultados apresentados no estudo, foi observado que no Brasil, no decorrer dos anos houve um aumento na notificação dos casos de violência contra a mulher, em concordância com outro levantamento realizado (BRASIL, 2015), em que ficou demonstrado um aumento do número de municípios que registraram notificações de violência doméstica. Ao ser analisado o número de notificações por região, ficou constatado que em ambos os estudos as regiões com mais registros foram, a região sudeste, seguida da re-

gião sul e depois da região nordeste. Segundo outro estudo (BRASIL, 2013), os estados com maior razão de notificação por 100 mil hab. foram Mato Grosso do Sul, seguido de Roraima e Rio Grande do Sul, assim como também demonstra que os estados do Ceará, Maranhão e Rondônia apresentaram a menor razão de notificação em estudo realizado no período de 2009-2011.

Sabe-se que ainda há receio, entre as mulheres, quanto a notificação de violências, contudo ressaltam-se as campanhas de prevenção de violências, e incentivo às notificações, além dos vários marcos ao longo dos anos, o que explica o aumento do número de notificações. O crescente número de casos notificados também é evidenciado em outro trabalho (BARUFALDI *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que essa pesquisa foi desenvolvida com dados notificados, o que não reflete todos os casos de violência que ocorrem em território nacional, mas retrata a realidade daqueles notificados aos serviços.

No que se refere ao tipo de violência e os meios de agressão mais frequentes, ficou evidente que a violência física, seguida da psicológica-moral aparece em todas as regiões como a mais registrada, assim como no estudo realizado em 2014 (BRASIL, 2015). Em outro trabalho (SILVA e OLIVERIA, 2016), a violência psicológica apresentou-se em terceiro lugar, diferenciando deste estudo, porém, o autor faz uma observação, devido a convivência da vítima com seu agressor, fica difícil identificar quando começa a violência psicológica, tornando-a mais degradante que a violência física.

Em relação as violências de repetição a região sul é a que mais tem registros, em estudos realizados em 2016 com dados provenientes do SINAN e SIM (BARUFALDI *et al.*, 2017), revelou que o óbito ocorreu em 15,9% dos casos em que a mulher foi vítima da violência de repetição, o que evidencia a fragilidade da rede de atenção e proteção a essas mulheres em situação de violência. Neste estudo, o meio de agressão que mais teve registro em todas as regiões foi o de ameaça, diferentemente do que encontrou outro autor (AMARAL *et al.*, 2016), que evidenciou que a agressão física aparece em primeiro lugar, com um aumento no uso de armas de fogo.

O perfil sociodemográfico encontrado neste estudo, demonstra que o maior número de registros no Brasil ocorre entre mulheres brancas, diferentemente do que mostra o estudo (BARUFALDI *et al.*, 2017), onde foi encontrado que as mulheres negras têm a maior taxa de mortalidade, com exceção das idosas, cuja taxa é maior entre mulheres brancas. Outro estudo (DELZIOVO *et al.*, 2018) realizado sobre os casos de violência sexual contra mulheres, notificado pelos serviços públicos de saúde de Santa Catarina demonstrou que a grande maioria é entre mulheres brancas, porém se faz uma ressalva que esse resultado pode ter a ver com predominância da população do estado que é de descendência europeia. Em estudo realizado em João Pessoa, demonstrou que 48% das mulheres eram brancas, mas com uma ressalva, esse dado pode estar mascarado, pois essa variável da pesquisa era autorreferida, muitas mulheres podem pertencer a outra etnia (LUCENA *et al.*, 2017).

Quanto ao grau de escolaridade, este estudo evidenciou que nas regiões sul e norte a grande maioria das vítimas tinham o ensino fundamental II incompleto com os maiores índices, enquanto, nas demais regiões, o dado aparece como ignorado ou em branco. Diferentemente do que foi encontrado em outro estudo (LUCENA *et al.*, 2017), onde tanto as mulheres com nível superior de estudo e as que possuíam apenas o fundamental incompleto apresentaram os mesmos dados de violência. Outra pesquisa comprova que o ensino médio completo apareceu com maior destaque. Ficou evidente após análise desses estudos que independente da região e do nível de escolaridade da mulher, a violência atinge a todos, sem levar isso em conta (SILVA e OLIVEIRA, 2016).

Seguindo com a análise sobre a faixa etária das vítimas de violência, observou-se que no Brasil a faixa de 20 a 29 anos é a que ocorre violência com mais frequência (28,66%). Conforme o boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), a proporção de casos notificados com maior número de ocorrência de violência contra a mulher foi entre jovens adultas na faixa etária de 20 a 29 anos (24,4%) e 30 a 39 (18,9%). Este dado também é confirmado por estudo realizado em Chapadão do Sul (MS) no período de 2009-2011 fica evidente que as maiores vítimas de violência contra a mulher são na faixa etária de 20-29 anos, seguido de 30-39 anos (GALINDO e SOUZA, 2013). Em 2015, as maiores

notificações de violência foram com as mulheres, entre a idade 20 a 59 anos, representando 67,1% dos casos, seguida das adolescentes (BRASIL, 2018):

De acordo com os resultados apresentados neste estudo, o provável agressor da vítima de violência no Brasil, em todas as regiões é o cônjuge. Na análise de situação de saúde (BRASIL, 2018), fica evidente que o provável agressor de violência contra a mulher foi o parceiro íntimo com 33,8% dos casos notificados. Observou também que na violência cometida contra a mulher, o indivíduo tem vínculo afetivo com as vítimas (33,4%) ou amigo/conhecido (11,7%) (BRASIL, 2015).

Outros autores evidenciaram em suas pesquisas que, o provável agressor fazia parte do convívio da vítima, eram conhecidos ou possuíam vínculos afetivos com elas, como o cônjuge ou ex-cônjuge e que os mesmos eram do sexo masculino em 63,2% (CERVANTES; JORNADA; TREVISOL, 2012; SINIMBU *et al.*, 2016). Em outro estudo o autor relata que ficou evidente que agressor varia de acordo com a faixa etária da vítima, sendo que nas crianças o autor mais comum foi pai/padrasto (41,4%); já nas adolescentes e adultas o agressor aparece como sendo o parceiro íntimo, com 39,9% e 59,9% respectivamente (BARUFALDI *et al.*, 2017).

Analisando os dados, observou-se que o encaminhamento ambulatorial é o mais evidenciado em todo o Brasil, com 46,42% no ano de 2009 a 2014, na prestação de atendimento às vítimas de violência contra a mulher. Sobre os dados de evolução dos casos observou-se que a Alta está em maior evidência em todas as regiões com 75,58%. O acompanhamento ambulatorial e a alta foram os principais desfechos dos casos notificados no estudo realizado em Tubarão-SC (BRASIL, 2013). Podemos analisar em outro estudo que a maioria das notificações indica alta na evolução do caso com 55,8%. E que 1/3 das notificações não está informando a evolução do caso (AMARAL *et al.*, 2016).

No estudo realizado em Chapadão do Sul-MS, verifica-se que existe a necessidade do encaminhamento ambulatorial as vítimas de violência, e conforme alguns casos devido a razão da gravidade da agressão se fazem necessário a internação hospitalar. Já sobre a evolução os autores também constataram em seu estudo que os casos evoluíram para a alta (GALINDO e SOUZA, 2013).

Em análise em documentos referentes às vítimas de violência atendidas em hospital público de Fortaleza (CE), entre os anos de 2010-2013, apesar de terem sido identificados alguns encaminhamentos ambulatoriais e de internação, assim como outros serviços, os dados mostram-se frágeis, de acordo com os encaminhamentos das vítimas dentro do próprio hospital (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Destaca-se a importância da continuidade do atendimento a vítima, assim como também de sua família, esse atendimento realizado por outros serviços de saúde ajuda a diminuir os danos provocados e restaurar projetos futuros.

Para alguns autores, há um despreparo dos profissionais de saúde que atendem vítimas de violência nas UBS, assim como um despreparo e fragilidade na formação acadêmica, pois os temas referentes a violação de direitos como um todo quase sempre não fazem parte dessa formação e que alguns profissionais têm dificuldade em imaginar a violência doméstica como um problema de saúde, isso pode ser atribuído à falta de capacitação ou ainda a desinformação de que existem serviços especializados no atendimento as mulheres vítimas de violência, dificultando a assistência prestada a elas. Ainda, fica evidente que os profissionais conhecem a questão da notificação, mas não sabem do aspecto obrigatório de fazê-la (FEITOSA *et al.*, 2017; QUADROS *et al.*, 2013).

Diferentemente do que foi encontrado em estudo realizado no período de 2008-2013, onde ficou demonstrado um aumento no número das notificações de violência sexual contra a mulher em Santa Catarina, que sugere um fortalecimento da vigilância da violência sexual contra a mulher pelos serviços de saúde. Esse resultado pode ser atribuído as ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde juntamente com o Ministério da Saúde e municípios, com a descentralização do SINAN e das capacitações que o estado fez com o objetivo de sensibilizar os profissionais e prepará-los para realizar a notificação da violência (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Conforme o estudo, no Brasil, verificou-se que o tipo de violência sexual praticado contra a mulher é o estupro com 78,37%. Conforme mencionado na Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o estupro é definido

como todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção. Estudos realizados com dados do SINAN, mostra que 14,2 mulheres/dia são notificadas como vítimas de estupro e que o sexo masculino são os maiores agressores em 94,1% dos casos de estupro, analisando os dados descritos pelos autores se consegue identificar que os índices de estupro estão cada mais elevados na violência contra a mulher (FACURI *et al.*, 2013; CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No presente estudo os tipos de violência mais concomitante com a violência sexual, foi a psicológica-moral (41,5%), física (37,8%) e a de repetição (41,5%). Em pesquisa publicada em 2017 (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017), ficou demonstrado que, as mulheres que sofreram violência sexual também sofriam outros tipos de violência, tais como física, psicológica/moral, tortura, financeira e negligência. Destaca-se que as adolescentes relatam ter sofrido mais que um tipo de violência juntamente com a sexual, comparada as mulheres adultas. O presente estudo evidencia o aumento no risco de violência sexual quando da ocorrência de violência física e de repetição.

No período de 2011-2013 Roraima apresentou as maiores taxas de mortalidade por 100 mil mulheres (10,35), seguido de Espírito Santo (9,84) e Goiás (9,55), diferentemente do que encontramos nesse estudo onde Mato Grosso do Sul aparece em primeiro lugar nos índices de mortalidade no período de 2009-2014 (CERVANTES; JORNADA; TREVISOL, 2012). O Mapa da Violência 2015 registrou um crescimento no número de mortes nos anos de 2003 e 2013, com os seguintes valores: 4,4 e 4,8 por 100 mil mulheres, um crescimento de 8,8% na década (WAISELFISZ, 2015).

Quando o assunto é óbito feminino por violência, um estudo realizado entre os anos de 2002-2012 que indicou um aumento na taxa de mortalidade de mulheres com idade de 20 a 59 anos, sendo que no ano de 2002 essa taxa era de 5,84 passando para 6,16 por 100 mil mulheres em 2012. Ainda em seu estudo, o estado que obteve as maiores taxas de óbitos de mulheres, foi o Espírito Santo. Ao analisar a mortalidade feminina por região, o centro-oeste

aparece em destaque com as maiores taxas registradas, já a região sudeste teve uma pequena redução (LEITE *et al.*, 2017).

Já outro levantamento realizado sobre a taxa de mortalidade de mulheres por agressão nos anos de 2001-2011, avaliaram o período entre os anos de 2001-2006 que apresentou a variação entre 5,46 e 5,02 óbitos por 100 mil mulheres. Somente em 2007 que houve uma pequena redução nas taxas, passando para 4,74 óbitos por 100 mil mulheres, isso após a vigência da Lei Maria da Penha, porém nos anos seguintes foram registradas taxas de mortalidade parecidas com os valores anteriores. Ainda, o presente estudo evidencia o aumento do risco de morte relacionada à violência quando a mulher é vítima de violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição (GARCIA, FREITAS e HOFELMANN, 2013).

CONCLUSÃO

Os movimentos feministas possibilitaram a criação de estratégias e políticas públicas para que mulheres em situação de violência pudessem romper o silêncio que era restrito apenas ao lar. Políticas, leis e programas de proteção favorecem a possibilidade de denúncia.

O presente estudo proporcionou explorar o fenômeno complexo que é a violência contra a mulher, permitindo perceber que a mesma ocorre em diversos espaços da sociedade, de forma visível ou invisível.

O estudo demonstrou que essa violência ocorre em todas as regiões, classes sociais, condições financeiras, escolaridade e idade. Conclui-se também, ao final deste estudo, que o autor de violência frequentemente faz parte do convívio social da mulher e que a violência física quase sempre é a que mais ocorre – e, quando ocorre a violência sexual, o desfecho na sua grande maioria é o estupro.

Ficou evidente que os campos que não são preenchidos na ficha de notificação impossibilitam que se obtenha dados mais concretos sobre a violência contra a mulher para que, assim, seja possível prestar um atendi-

mento melhor às vítimas. Capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento da ficha de notificação iria contribuir para um melhor atendimento à vítima de violência, pois, assim, a vítima receberia o correto encaminhamento.

Este estudo também aponta para o maior risco de violência sexual, quando da ocorrência de violência física e de repetição. Além de apontar de maior risco de morte relacionada à violência quando a mulher é vítima de violência financeira/econômica, sexual, psicológica-moral, negligência/abandono e violência de repetição.

Os campos que não são preenchidos na ficha de notificação impossibilitam que se obtenha dados mais concretos sobre a violência contra a mulher para que, assim, seja possível prestar atendimento efetivo. Capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento da Ficha de Notificação contribui para um melhor atendimento, correto encaminhamento e possível enfrentamento do fenômeno da violência contra a mulher”.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Luana Bandeira de Mello *et al.* Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: Perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922014000200008>.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/culturapaz/Mulher.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Presidência da República. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Presidência da República. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Diário Oficial da União. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. v. 44, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9----VIVA-SINAN.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde1 (versão preliminar). IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CERVANTES, Grazielle Vidoto; JORNADA, Luciano Kurtz; TREVISOL, Fabiana Schuelter. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª Gerência Regional de Saúde de Tubarão, SC. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, n. 56, p. 325-329, 2012.

CORTES, Laura Ferreira et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 77-84, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>.

DELZIOVO, Carmem Regina *et al.* Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100003>.

FACURI, Cláudia de Oliveira *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**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000900008>.

FEITOSA, Ariel Luiza Xavier *et al.* Atendimento à mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. **Unit - Universidade Tiradentes**, p.1-4, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6030/2384>> Acesso em: 15 abr. 2019.

GALINDO, Selo da Rosa Weber; SOUZA, Marta Rovey 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 (Impr.)** 2013. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400007&lng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742013000300003>.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000100032>.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00096312>.

LEITE, Franciele Marabotti Costa *et al.* Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.25702016>.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor da saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000300005>.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* Association between domestic violence and women's quality of life. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000300015>

MORENO, Renan de Marchi. **Eficácia da lei maria da penha**. **DireitoNet** 2014. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8757/A-eficacia-da-Lei-Maria-daPenha>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; MORAIS, Normanda Araújo de. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37, n.4, p.956-969, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003652016>.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200012>.

SINIMBU, Raniela Borges *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em Foco**. 2016. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

QUADROS, Maria Eunice Ferreira *et al.* Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 45-46, 2013. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928359>.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: Flacso Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. 2002. 334 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf> Acesso em: 15 abr. 2018.