



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE BACHAREL EM MEDICINA**

SAULLO DE ALCÂNTARA MENDES

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA NA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2017**

CAJAZEIRAS-PB

2019

SAULLO DE ALCÂNTARA MENDES

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
NA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2017

Trabalho apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina, no Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Médico.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo

Coorientador: Bel. Paulo Frassinetti Delfino do Nascimento.

CAJAZEIRAS-PB

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

M538c Mendes, Saullo de Alcântara.

Caracterização epidemiológica de mulheres vítimas de
violência na Paraíba entre os anos de 2009 e 2017 / Saullo de Alcântara
Mendes. - Cajazeiras, 2019.

50f. : il.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo.

Coorientador: Prof. Bel. Paulo Franssinetti Delfino do Nascimento.

Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2019.

1. Violência contra a mulher. 2. Perfil epidemiológico -

SAULLO DE ALCÂNTARA MENDES

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
NA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2017

Aprovado em
27/11/2019
Banca Examinadora

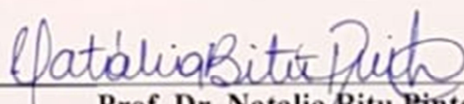
Trabalho apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina, no Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo

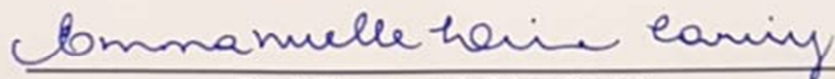
Coorientador: Bel. Paulo Frassinetti Delfino do Nascimento.



Prof. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo
Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Formação de Professores
(Orientador)



Prof. Dr. Natalia Bitu Pinto
Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Formação de Professores
(Examinador(a) interno - UFCG)



Prof. Emmanuele Lira Cariri
Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Formação de Professores
(Examinador(a) interno - UFCG)

*Dedico este trabalho a Deus, a meu pai Benedito e a minha mãe Goretti
que sempre acreditaram no meu sonho e não desistiram
de mim mesmo diante das dificuldades. Obrigado!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora que me acolheram nos momentos difíceis que passei antes do egresso na universidade. Ouviram minhas orações e me deram força para não desistir e lutar dia após dia em busca do meu objetivo, me ajudando a aprender com a Medicina.

Agradeço aos meus pais, trabalhadores que sempre virão na educação o melhor meio de garantir meu futuro, que me estenderam as mãos, me ergueram e enchugaram as minhas lágrimas após cada queda e se uniram a mim no recomeço.

Minha mãe, amor incondicional e mais puro que senti, mulher forte que sempre ouviu meus medos e aflições e “gastava” seus joelhos a cada súplica minha. A cada despedida para uma nova viagem para Cajazeiras era sua mão erguida na minha direção minha última imagem de casa acompanhada sempre de um pedido a Deus e Nossa senhora para me guiar em segurança. Obrigado por acreditar nesse sonho que nunca foi só meu.

Não poderia ter um pai melhor, um homem honrado que buscou sempre o melhor para seus filhos. Nunca me deixou faltar nada e sempre foi o que mais me incentivava a buscar meus sonhos e a não desistir que minha hora iria chegar. Era em seu colo que chorava nas missas mais emocionantes, pedindo a Deus que chegasse a hora de realizar meu sonho. Um amor tão forte que transborda a cada viagem de volta para casa naquele abraço que tanto me aquece e me acalma a alma. Obrigado por tudo meu gordinho.

Agradeço ao meu irmão Wendell, antes de tudo meu melhor amigo que estava do meu lado a cada recomeço e foi meu maior exemplo de médico. Me mostrou o que é fazer Medicina por amor e como vale a pena estudar e não desistir. Por vezes um pai, por vezes um filho, sempre o melhor irmão que eu poderia ter. Obrigado “mano”.

Agradeço à minha namorada e Karina, que me acompanha há 7 anos e enfrentou ao meu lado todos os obstáculos da vida acadêmica e meus momentos de estresse. Minha companheira de vida e de profissão, a cada dia amo mais você. Obrigado por abraçar esse sonho comigo.

Agradeço à minha avó que em seus 93 anos é meu principal estímulo a estudar sempre, aos meus tios, primos e amigos que acreditaram em mim e se alegram com minhas vitórias.

Aos meus professores da graduação e aos preceptores do internato por todo conhecimento compartilhado para minha formação, aos meus amigos e colegas de profissão, aos meus orientadores Professor Francisco Gonçalves e Paulo Nascimento, que me guiaram

da melhor maneira para que esta produção agregasse conhecimento à minha vida profissional, muito obrigado.

Às cidades de Cajazeiras e Campina Grande que me acolheram tão bem e me concederam a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas, aos pacientes que mudaram minha compreensão de vida e me fizeram um profissional e um ser humano melhor. Obrigado por cada aprendizado.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. Histórico	12
2.2. A Lei Maria da Penha.....	14
2.3. Tipos de Violência.....	15
2.3.1 <i>Violência Física</i>	16
2.3.2. <i>Violência sexual</i>	16
2.3.3. <i>Fator socioeconômico</i>	17
2.3.4. <i>Violência psicológica</i>	17
2.3.5. <i>Violência de gênero e saúde</i>	18
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
3.1. Geral	22
3.2. Específicos	22
4. MATERIAIS E MÉTODOS	23
5.1. Tipo de estudo	23
5.2. População e amostra.....	23
5.3. Coleta e análise dos dados.....	24
5.6. Tratamento estatístico.....	24
5.7. Disposições éticas da pesquisa	24
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO	31

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36

RESUMO

A violência contra as mulheres não é algo recente na história humanidade. O termo surgiu por volta de 1970, por intermédio do movimento feminista que alegava que a ação violenta se justificava pôr a vítima pertencer ao sexo feminino e que por isso eram subordinadas pelos homens; sendo definido nos dias atuais como a ação cometida contra uma mulher que compromete sua integridade física, psicológica e sexual. Embora existam políticas públicas com o objetivo de combater os casos de violência contra o sexo feminino, faz-se necessário o acompanhamento minucioso da situação de cada região, para que seja possível adequar os mecanismos e leis vigentes, promovendo um atendimento de qualidade as vítimas, bem como a repreensão cabível aos acusados. Nesse contexto, o presente estudo objetivou realizar a caracterização epidemiológica de mulheres vítimas de violência no estado da Paraíba entre os anos de 2009 a 2017. O mesmo é de caráter ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na plataforma online do SINAN/DATASUS e analisados através de estatísticas descritivas. Os resultados revelaram que o maior número de casos ocorreu na macrorregião do sertão, possivelmente relacionado com a menores condições socioeconômicas e que perfil das mulheres consiste em vítimas com idade entre 20 e 39 anos, da cor/raça parda, em grande maioria com ensino fundamental incompleto. Dentre os tipos de violência, a mais recorrente foi a violência física, seguida pela sexual e psicológica. Assim é possível concluir que não basta possuir políticas de repreensão a violência contra as mulheres, mas faz-se necessário compreender as características de cada vítima para que só assim elabore-se medidas que visem promover o diagnóstico, acompanhamento, conscientização, capacitação e a independência dessas vítimas.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Perfil epidemiológico; Paraíba; DATASUS.

ABSTRACT

Violence against women is not recent in the history of mankind. The term emerged around 1970, through the feminist movement that claimed that violent action justified placing male victims and that they were subordinated by men; being defined today as an action committed against a woman who compromises her physical, psychological and sexual integrity. Although there are public policies aimed at combating cases of violence against women, it is necessary to closely monitor the situation in each region, so that it is possible to adjust the current mechanisms and laws, promoting quality care such as using , as well as a proper reprimand to the accused. In this context, the present study aimed to carry out an epidemiological characterization of women suffering from violence in the state of Paraíba from 2009 to 2017. The same is ecological, retrospective, descriptive in nature, with quantitative approach. Data were collected on the SINAN / DATASUS online platform and analyzed using descriptive statistics. The results revealed about the maximum number of cases that occur in the macroregion of identification, related to lower socioeconomic conditions and that women's profiles are affected by age between 20 and 39 years of race / race, largely with incomplete primary education. Among the types of violence, the most recurrent was physical violence, followed by sexual and psychological violence. Therefore, it can be concluded that it is not possible to apply representation policies against violence against women, but it requires the characteristics of each victim so that these measures are viewed as promoting diagnosis, follow-up, awareness, training and execution. victims.

Keywords: Violence against women; Epidemiological profile; Paraíba; DATASUS.

LISTA DE SIGLAS

CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DATASUS	Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NC	Notificação Compulsória
OAPS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de violência contra a mulher no estado da Paraíba (2009-2017). **Fonte:** autoria própria, 2019.....25

Gráfico 2 - Total de casos de violência contra a mulher no estado da Paraíba por macrorregião (2009-2017). **Fonte:** autoria própria, 2019.24

Gráfico 3 – Percentual dos tipos de violência contra a mulher por raça/cor no estado da Paraíba (2009-2017). **Fonte:** autoria própria, 2019.28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Física na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017.	254
Tabela 2 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Psico-moral na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017.	25
Tabela 3 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Sexual na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017.	26
Tabela 4 - Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Financeira/Econômica na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017.....	27

1. INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres não é algo recente na história humanidade. Ela faz parte de uma relação histórica e social de superioridade masculina frente à debilidade feminina. Durante as décadas de 1960 e 1970, os movimentos feministas, junto a outros movimentos sociais relacionados a minorias, ganharam força em busca de avanços sociais, econômicos e políticos (PINTO, 2003; SILVA, 2010).

A violência contra as mulheres representa uma das principais causas de morbimortalidade (ALBUQUERQUE et al.; 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, uma em cada três mulheres é, já foi, ou será vítima de violência doméstica. Embora de difícil quantificação em valores absolutos, algumas pesquisas, em especial aquelas de caráter multicêntrico, vêm relatando que a situação é ainda mais comum nos chamados “países em desenvolvimento”, estando o Brasil neste grupo (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Os dados mostram que entre 30 a 60% das mulheres que já tiveram parceiros, relataram sofrer violência física ou sexual por parte do companheiro pelo menos uma vez; e 48% das meninas e jovens com idade entre 10 e 24 anos afirmam que suas primeiras relações sexuais foram sob coação. A prevalência da violência sexual é de 30%, sendo que 7% correspondem a estupro e 23% a coação sexual, que, segundo o art. 213 do Código Penal Brasileiro, também se configura estupro. Atrrelado aos casos de violência existe o crescente número de casos de HIV, como nos casos de estupro é de 0,8 a 2,7%, e outras doenças sexualmente transmissíveis – DST’s (ONU, 2012).

Cabe destacar que grande parte das vítimas de abuso sexual apresentam risco de desenvolver transtornos psicológicos. Entre as possíveis demandas emocionais, podemos encontrar o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), estando ligado a experiências incomuns e impactantes da existência humana que causam um abalo emocionalmente severo no indivíduo, gerando consequências que afetam a saúde física e mental (FLORENTINO, 2015; SOUZA; VIZZOTTO, 2018).

Em função disso, é de extrema importância que haja serviços de atendimento humanizado, efetivo e de rápida abordagem a essas vítimas, bem como fornecer um ambiente acolhedor e com a capacidade de atuar nas preocupações imediatas (lesão física, risco de DSTs, gravidez) e agravos psicológicos (BASILE; SMITH, 2011; FACURI et al.,2013).

A Portaria nº 2415 de 7 de novembro de 2014 incluiu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a necessidade de um atendimento diferenciado para esse perfil de paciente. Uma das ferramentas que possibilitam manter o mínimo de controle sobre os casos de atentados contra as mulheres é o sistema de notificação compulsória (NC). Esta é realizada nas situações nas quais a norma legal obriga os profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicarem à autoridade sanitária a ocorrência de doenças ou agravos que estão sob vigilância epidemiológica. Dessa maneira a NC tem sido a principal fonte de informação da vigilância epidemiológica. Para a inclusão da violência no rol das doenças e agravos de NC, foram considerados a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade, os compromissos internacionais e nacionais e o Regulamento Sanitário Internacional (LIMA et al., 2015).

Tendo em vista a necessidade de desenvolvimento de estratégias para a fomentação de política públicas voltadas para a prevenção do agravo, o presente estudo tem por objetivo traçar as características epidemiológicas de mulheres vítimas de violência no estado da Paraíba no período de 2019 a 2017. Para isso realizou-se o levantamento e análises dos dados presentes no Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Histórico

A história do homem é a história da coletividade, e mesmo antes do ser humano iniciar sua vivência em comunidade as situações de violência já eram presentes. Assim, se estabelece uma relação de história-natureza, sendo possível compreender a natureza humana como uma formação essencialmente histórica. Cabe destacar que o processo por meio do qual a violência presente nas condições sociais e históricas de cada época se infiltra nas profundezas da psique humana. Mesmo nos dias atuais ainda não foi possível modificar as condições que, historicamente, oprimem as pessoas por elas constituídas (SILVA, 2009).

O debate sobre as desigualdades entre gêneros já atravessa gerações. Desde a Grécia antiga até pouco tempo atrás, existia um pensamento de superioridade do homem sobre a mulher, responsável pelos cuidados domésticos e a criação dos filhos, e, durante o Iluminismo, aquele que desafiasse tal desigualdade estabelecida pela Revolução Francesa seria punido severamente. Percebemos que tal Revolução não pretendia incluir as mulheres nas suas reivindicações de igualdade. Olympe de Gouge, uma escritora feminista francesa, desafiou tal postura ao publicar *Os Direitos da Mulher e da Cidadã* em 1789, sendo guilhotinada em 03 de novembro de 1793 acusada de traição à sua condição de inferioridade frente aos homens. (ARAGÃO, 2001 apud SILVA, 2010).

As desigualdades começam a apresentar declínio na sua intensidade a partir da década de 1960 com o advento da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, quando se aumentou a visibilidade de movimentos considerados de minorias sociais, entre eles o movimento feminista. Com isso, houve uma evolução favorável nas áreas de trabalhistas, políticas, econômicas e na liberdade com o próprio corpo. Próximo ao início do Século XX, os movimentos feministas ganharam força e as reivindicações acerca do direito ao voto das mulheres trouxe visibilidade e expressão ao movimento (LOURO, 1997 apud SILVA, 2010). As primeiras linhas do movimento feminista tiveram início no final do século XIX e se perpetuaram até o início do século XX. O movimento sufragista, que teve à frente Bertha Lutz, foi o foco da primeira linha. Essa fase era a do feminismo "bem-comportado" e sinalizava o caráter conservador desse movimento, pois não se questionava o papel opressor sobre o sexo feminino. Mais tarde, uma nova abordagem surge no movimento, ficando este conhecido como o feminismo "mal-comportado", reunindo mulheres intelectuais,

anarquistas e líderes operárias, as quais que defendiam o direito à educação, bem como temas como a sexualidade, divórcio e superioridade masculina. Por fim, surge o terceiro segmento do movimento, possuindo caráter anarquista e de partido comunista (SOARES, 1994; FERREIRA; BONAN, 2011).

No Brasil, o primeiro grupo feminista surgiu em São Paulo, apenas em 1972. De forma compassada, os temas relacionados ao feminismo passaram a fazer parte dos eventos e fóruns nacionais, como ocorreu na reunião da Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC), em Belo Horizonte, no ano de 1975 (PINTO, 2003). Posteriormente, a década de 1980 é referida como a segunda onda do movimento feminista, em que mais uma vez a mulher buscava direitos políticos, econômicos e sociais, tentando desmistificar o processo histórico criado de atribuição de força e poder ao homem e submissão e fragilidade à mulher. Um grande exemplo foi as eleições diretas de 1982. Os grupos feministas impulsionaram manifestações em defesa da cidadania e da implementação de políticas públicas para o público feminino. A partir de 1983, foram criados os Conselhos Estaduais da Condição Feminina, além do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (BETO, 2001). Desta forma, observava-se um grau de protagonismo masculino, por vezes culminando em relações de violência do sexo, até então, dominante (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Os maiores avanços no Brasil relacionado à violência contra a mulher ocorreram graças a Maria da Penha Maia Fernandes, que, após anos de omissão do governo brasileiro diante das agressões diversas sofrida pela mesma, realizou uma denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA), provocando uma condenação do país por omissão e negligência frente a violência doméstica. A partir disso, políticas públicas foram revisadas e, com respaldo no art. 226, parágrafo 8º da Constituição Federal de 1988, que dispõe que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”, surge a Lei 11.340/2006, popularmente conhecida como “Lei Maria da Penha”, que atua na promoção de mecanismos capazes de prevenir, coibir, punir e erradicar a violência doméstica (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010; TELES, 2013).

2.2. A Lei Maria da Penha

O Brasil se rege sobre a sua Carta Magna, a Constituição Federal de 1988. Esta traz em seu art.1º que o Brasil é um Estado Democrático de Direito e possui como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, bem como o pluralismo político. Além deste, o art.5 no inciso I e III, diz que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações e que ninguém poderá ser submetido a tortura ou tratamento desumano.

Nesse contexto, o Estado com a intenção coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, frente às crescentes pressões internas e, principalmente externas, criou a Lei 11.340, em 07 de agosto de 2006. Esta possui normas consagradas na Constituição Federal, que afirmam que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia ou orientação sexual goza dos direitos fundamentais e pretende assegurar a todas as oportunidades para viver sem violência, preservar a saúde física e mental e o aperfeiçoamento moral, intelectual e social (MENEGHEL et al.; 2013).

Anterior à Maria da Penha, atos de violência *mais leves* contra a mulher eram considerados de menor potencial ofensivo, sendo encaminhados aos Juizados Especiais Criminais (Lei 9099/95). A resolução para a violência era mínima, já que as penalidades resultavam, na maioria dos casos, em penas de cunho material, como cestas básicas, e físicas, como o trabalho comunitário (CORTEZ; MATOS, 2007).

Como dito anteriormente, a dignidade da pessoa humana é dos princípios que regem a constituição federal. Tratando de violência contra a mulher, os direitos humanos, assim como as leis de maneira geral, têm como intuito fundamentar a Lei nº 11.340/06 e defender a mulher. Em seu artigo 6º, a Lei nº 11.340/06 traz que “*a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos*”, trazendo no art. 129 do Código Penal, entre possíveis sanções contra o agressor, a pena de 3 meses a 3 anos de reclusão a depender do tipo de agressão, bem com o local.

Todavia, apesar de existir, convenções, leis e declarações em prol da garantia e proteção dos direitos humanos, é possível observar que ainda há uma violação no que diz respeito aos grupos sociais mais vulneráveis. A violência doméstica praticada contra a mulher é um concreto exemplo de violação dos direitos fundamentais, da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos. Desta maneira, a Lei Maria da Penha necessitou se adequar

aos tratados e pactos internacionais de proteção às mulheres, visando assegurar esses direitos (PORTO; COSTA, 2010).

Neste sentido, com o objetivo de tornar a Lei Maria da Penha uma ferramenta útil contra crimes que envolve violência doméstica e sexual, medidas complementares foram necessárias para efetivar esse serviço. Assim, foram implantadas políticas públicas com o objetivo de prevenir e coibir os atos de violência contra a mulher. Por exemplo, o Instituto Geral de Perícias criou a Sala Lilás, cujo objetivo é o atendimento exclusivo e especializado da mulher. Ao mesmo tempo que Superintendência de Serviços Penitenciários criou o programa Metendo a Colher, que tem o objetivo conscientizar os agressores presos, enquadrados na Lei Maria da Penha, para cultivar a política da não agressão. Já a Polícia Militar implementou a Patrulha Maria da Penha. Esse serviço presta auxílio à vítima, realizando a fiscalização do cumprimento da medida protetiva de urgência solicitada pela vítima de violência doméstica, através de visitas regulares nas casas das vítimas, inibindo a ação do agressor (DIAS, 2010).

A Lei Maria da Penha também determina a criação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a violência doméstica. Tais dados são de fundamental importância para a reflexão da temática, avaliação da funcionalidade e aplicabilidade dessa lei. Essa é uma medida fundamental que poderá funcionar como um termômetro da latência da violência doméstica, uma vez que, revelando os dados, poderá ser diagnosticada a eficácia da lei nas diferentes realidades locais e regionais.

2.3. Tipos de Violência

O Ministério da Saúde diferencia as mais variadas formas acerca de violência doméstica e sexual. Sendo assim, ela pode ser caracterizada pelas seguintes variantes: violência física; violência psicológica; violência sexual; tráfico de pessoas; violência financeira e econômica; negligência e abandono; trabalho infantil e intervenção legal (PORTO et al., 2014). Trata-se de uma forma de relação social que está diretamente relacionada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Ao mesmo tempo, ela é a negação de valores considerados universais, como liberdade, igualdade e a própria vida (FLORENTINO, 2015).

Considera-se a violência sexual a mais grave dentre os agravos sofridos pelas mulheres. Trata-se de contato sexual efetivo, tentativa ou ameaça, sem o consentimento da

pessoa, ou quando a mesma esteja incapacitada de tomar decisões (VALENÇA; NASCIMENTO; NARDI, 2013).

2.3.1 Violência Física

A agressividade e coação são características muito marcantes na violência doméstica. Por vezes, esses ataques provocam lesões corporais graves, fruto de socos, tapas, chutes, imobilizações, espancamentos, queimaduras, estrangulamento e ferimentos com armas brancas direcionados ao rosto, braços e pernas da vítima (ALBUQUERQUE et al, 2013).

As violências domésticas são por vezes camufladas diante da cultura de não interferir em briga de casal. Desta forma, o marido consegue encobrir em grande parte das vezes as agressões que ocorrem dentro da residência (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

2.3.2. Violência sexual

Atos sexualmente agressivos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários, afetando pessoas de ambos os sexos; no entanto, as mulheres em todas as faixas etárias são as maiores vítimas (NUNES; MORAIS, 2016). Pode ser compreendida a partir de duas especificidades/peculiaridades: exploração sexual e abuso sexual. A exploração sexual se caracteriza pela relação mercantil, mediada pelo comércio do corpo/sexo, por meios coercitivos ou não, e se expressa de quatro formas: pornografia, tráfico, turismo sexual e prostituição. Já o abuso sexual se descreve por qualquer ação de interesse sexual de um ou mais adultos em relação a uma criança ou adolescente, podendo ocorrer tanto no âmbito intrafamiliar quanto no âmbito extrafamiliar (FLORENTINO, 2015).

Muitas vezes, o ato sexual entre o casal é encarado como obrigação matrimonial da mulher, e por esta falsa premissa acaba por ocorrer sob a forma de coerção "natural". O sexo cedido ou sob resistência se torna recorrente, mas pouco relatado como violência. Em algumas mulheres, essa relação sexual não desejada despertou nojo e repulsa semelhantes ao do estupro. Vale ressaltar que segundo o art. 213 do Código Penal Brasileiro se trata veementemente de estupro, por não ser ato sexual consentido (ANTONI; MAZONI; MUSSKOPF, 2014).

Quando debatemos sobre abuso sexual percebemos a dificuldade de organizar a gravidade das suas consequências. Há várias peculiaridades a serem consideradas nesse contexto como: grau de penetração; acompanhamento de insultos ou violência psicológica;

uso de força ou violência física, entre outras brutalidades que, seguramente, são variações e devem ser levadas em consideração quando se refere aos comprometimentos do ato (FLORENTINO, 2015).

A gravidez decorrente da violência sexual mostra um cenário a parte e as consequências psicológicas, sociais e biológicas passam a ser tratadas como uma segunda violência. A interrupção gestacional é um direito das vítimas deste agravo e a informação dessa possibilidade deve obrigatoriamente ser dada à vítima e a seus representantes legais, com fundamento no próprio Código Penal, em seu art. 128. Para que haja o abortamento legal não se faz necessários documentos de ordem jurídica, sendo necessário apenas o relato da vítima, de acordo com as portarias nº 528, de 1º de abril 2013, nº 485, de 1º de abril de 2014, e nº 2.393, de 11 de novembro de 2016 (PORTO; AMARAL, 2014).

2.3.3. *Fator socioeconômico*

Historicamente visto como poderoso e forte, o homem tinha a responsabilidade de ser provedor do lar. O fato de ter o controle sobre a renda familiar aumentava a relação hierárquica com a mulher. Estas são colocadas em situação de maior vulnerabilidade à violência doméstica quando apresentam renda e grau de escolaridade mais baixos, além de maiores dificuldades para saber erguer-se e superar o comportamento agressivo de seu parceiro (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010; MADEIRO et al, 2019).

Quando há fatores de risco para violência em ambiente doméstico, pequenas desavenças ou tensões podem desencadear possíveis agressões. A dependência feminina frente à necessidade de autoafirmação do homem acaba por prover uma situação de poder masculino, que por sua vez é usado como forma de superioridade (MIRANDA; DE PAULA; BORDIN, 2010).

2.3.4. *Violência psicológica*

O estresse crônico gerado em mulheres vítimas de violência conjugal contribui para o desenvolvimento tanto de transtornos psiquiátricos, quadros de dependência química e depressão, quanto de hipertensão arterial sistêmica, acometimentos gastrointestinais e geniturinários (MIRANDA; DE PAULA; BORDIN, 2010).

As manifestações de TEPT nas mulheres vítimas de violência são agravadas em crianças e adolescentes, uma vez que as funções afetivas e cognitivas do sistema nervoso central não amadureceram o suficiente e não foram ainda totalmente reguladas. Além disso, DST's, traumas físicos e ginecológicos, gravidez, transtornos mentais e dificuldades no ajustamento sexual adulto são apenas algumas das possíveis consequências físicas, cognitivas, sexuais e sociais (INOUE; RISTUM, 2008).

2.3.5. *Violência de gênero e saúde*

A inclusão da violência na pauta do setor saúde ocorreu de maneira lenta, gradual e fragmentada. Inicialmente presente apenas como problema do âmbito da justiça e da segurança, a violência passou a ser vista como questão de saúde motivada pela demanda de atendimento pontual e específico de lesões, traumas e óbitos (PORTO et al., 2014).

Um estudo realizado na cidade de Araçatuba (SP) verificou que, de acordo com os laudos periciais, as lesões corporais e maus-tratos têm uma variação na classificação, agente causador, local da prática de violência e idade das vítimas. As regiões da cabeça e pescoço são as mais atingidas em mulheres, independentemente da idade. Entretanto, reportando-se à violência contra mulher na Estratégia Saúde da Família (ESF), um estudo realizado em Porto Alegre (RS) identificou elevadas prevalências de violências baseadas em gênero e perpetradas pelo companheiro contra as usuárias, sendo as mais prevalentes a psicológica (55%), física (38%) e sexual (8%) (ALBUQUERQUE et al, 2013).

Visando dar continuidade às ações governamentais no que se refere à informação, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O VIVA é constituído por dois componentes: 1) Viva/Sinan, formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e 2) Viva Inquérito, modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados. Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas: Viva/Sinan: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; Viva Inquérito: Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (LIMA et al., 2015).

Segundo o MS em seu boletim epidemiológico de 2013, de todas as crianças com idade entre zero e nove anos que foram vítimas de alguma violência em 2011, aproximadamente 30% tiveram motivação sexual. Na idade entre dez e dezenove anos, esse valor cai para próximo de 27%. Essa violência também é evidente em situações com crianças ou adultos vulneráveis, como prisões, instituições para menores e hospitais forenses. Alguns estudos de revisão têm mostrado que muitos agressores sexuais podem apresentar problemas psiquiátricos, tais como psicoses, transtornos do humor e retardo mental. Outro aspecto é que diversas pesquisas com amostras maiores de indivíduos têm apontado uma frequência elevada de transtornos relacionados ao álcool, substâncias psicoativas e transtornos de personalidade, entre os agressores (VALENÇA; NASCIMENTO; NARDI, 2013).

Em situações dessa natureza, faz-se necessário uma abordagem holística, priorizando uma conduta sigilosa, humanizada e empática. O atendimento deve ocorrer preferencialmente nas primeiras 72 horas após o ato, para que se alcance a eficácia desejada (PORTO; AMARAL, 2014).

O âmbito da saúde é o *locus* privilegiado para identificar, assistir e referir as mulheres vítimas de violência, partindo-se do fato de que esta afeta significativamente o processo saúde-doença. Ao longo de suas vidas, as mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual buscam com mais frequência os serviços hospitalares e de urgência por apresentarem mais problemas de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2013).

Com a finalidade de assistir às vítimas de violência sexual, o MS criou a Norma Técnica que versa sobre “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”. Com base nessa norma compete aos serviços de saúde o atendimento de urgência a mulher agredida sexualmente, para dar suporte às suas necessidades imediatas e protegê-las dos riscos de gravidez, ou DST’s, bem como das consequências psicológicas (NUNES; MORAIS, 2016).

Na portaria nº 485/2014 do Ministério da Saúde, seu artigo 5º afirma que:

“Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando: acolhimento; atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito; informação prévia ao paciente, assegurada sua

compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; realização de anamnese e preenchimento de prontuário; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; exames laboratoriais necessários; preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual”

As mulheres vítimas de violência procuram os serviços de saúde por causa de problemas advindos da violência sofrida e não para relatar o caso. Por isso, ao atendê-las, é necessário que o profissional da saúde investigue de maneira sutil o motivo da procura, a fim de tornar mais fácil a notificação dos casos ocorridos na área. (ALBUQUERQUE et al, 2013). A Portaria nº 2.415/2014 inclui o atendimento multiprofissional para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual e todos os seus atributos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS.

Considera-se que prover informações sobre as características das mulheres vítimas de violência sexual, a descrição da agressão e do atendimento recebido, podem auxiliar na discussão acerca de abordagens do problema no âmbito dos serviços de saúde (FACURI et al, 2013).

A utilização de uma ficha de notificação de violência padronizada para todo o território brasileiro, fundamental a um sistema de informação é muito recente em nosso país e pouco se conhece das estratégias regionais adotadas para implantação do referido instrumento (LIMA; DESLANDES, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

O debate sobre as desigualdades entre gêneros já atravessa gerações. Desde a Grécia antiga até pouco tempo atrás, existia um pensamento de superioridade do homem sobre a mulher, responsável pelos cuidados domésticos e a criação dos filhos. As mulheres carregam em sua história entraves importantes para obtenção de direitos e reconhecimento. Até recentemente (ARAGÃO, 2001 apud SILVA, 2010).

Culturalmente a mulher era educada para servir ao homem, ser supremo e provedor do lar, além ao mesmo tempo devendo ser responsável pela educação dos filhos e zelo pelo lar. Com o passar dos anos, as mulheres começaram a se impor perante a sociedade em busca de direitos e deveres, mas principalmente contra os abusos e ataques sofridos pelo público masculino. Nesse contexto, a mulher iniciou sua busca por igualdade de gênero (LOURO, 1997 apud SILVA, 2010). Todavia, por mais que seja evidente as vitórias obtidas pelo movimento feminista, a violência contra a mulher ainda se perpetua até os dias atuais, ganhando destaque no cenário nacional, independente dos avanços acerca da conscientização e punição dos agressores.

Tema de discussões âmbito jurídico, a violência contra a mulher tornou-se ainda mais nítida no âmbito do SUS devido à presença cada vez mais frequente de vítimas em Unidades Básicas de Saúde - UBS's. Não obstante a conduta criminosa dos agressores, as mulheres preferem, por diferentes motivações, buscar espaços de saúde ao invés de uma delegacia de polícia (PORTO et al., 2014). Os agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais provocados pela violência contra a mulher trazem graves consequências. As diversas formas de expressão desta violência e a dificuldade de erradicar esse mal indicam a necessidade de educar a população, ao mesmo tempo em que se realiza a capacitação dos profissionais responsáveis pelo atendimento direto e pela notificação ao Ministério da Saúde.

Desta forma, a Notificação Compulsória por meio do SINAN busca coletar, transmitir e disseminar dados gerados nas mais diversas regiões do país, possibilitando realizar a avaliação local e/ou geral dos mais variados tipos de agravos contra a população. Portanto, o presente estudo que possui como objetivo o de identificar um possível perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência no estado da Paraíba entre os anos de 2009 a 2017, surge como uma ferramenta útil para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem combater os casos de violência contra a população feminina.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

- Analisar as características epidemiológicas de mulheres que sofreram violência doméstica na Paraíba entre os anos de 2009 e 2017.

3.2. Específicos

- Analisar os dados oficiais disponíveis acerca de violência contra mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS), residentes na Paraíba (2009 a 2017).
- Avaliar a qualidade dos dados do SINAN para realizar uma possível caracterização dos casos de violência contra mulher.
- Identificar possíveis fatores motivadores da prática violência contra mulher.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de caráter ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Serão utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre Violência Doméstica, Sexual e outras violências, disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O estudo ecológico, segundo Lima-Costa e Barreto (2003), analisa dados globais de populações inteiras, comparando a frequência de doença entre diferentes grupos populacionais durante o mesmo período ou a mesma população em diferentes momentos. Para os autores, nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo.

Dentre as vantagens de se utilizar um estudo ecológico estão as possibilidades de coletar os dados em amplas e diversificadas fontes: banco de dados, pesquisas nacionais, entre outros. Também é possível analisar grandes populações e observar ao longo do tempo o comportamento de fatores, efeitos ou doenças.

Quanto ao estudo descritivo, este se revela como capaz de observar e analisar fatos e tem como objetivo descrever as características de um determinado evento e estabelecer uma relação com outros fatos (GIL, 2002).

5.2. População e amostra

A amostra foi composta por indivíduos residentes no estado da Paraíba, vítimas de Violência Doméstica e Sexual, identificada por notificação compulsória através do registro do SINAN, ocorridos no período de 2009 a 2017. Determinou-se este intervalo de tempo, uma vez que o SINAN, sistema vinculado ao DATASUS, disponibiliza dados a partir de 2009.

Saliente-se que a Paraíba abrange um território composto por 223 municípios, que juntos compõem uma população de 4.018.127 habitantes, segundo dados do último CENSO demográfico disponível pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) competente ao ano de 2010 (IBGE, 2010). A delimitação territorial baseia-se no fato da baixa produção acadêmica acerca da temática proposta no território paraibano.

5.3. Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do ano vigente, utilizando-se as variáveis demográficas (sexo, faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado – macrorregiões) e as variáveis violência física, psicomoral e sexual (assédio sexual, estupro, exploração sexual) registrados no período determinado. Estas variáveis se encontram disponíveis no site do DATASUS e atenderam aos objetivos propostos na presente pesquisa.

Os dados utilizados foram categorizados da seguinte forma: sexo (feminino, masculino e ignorado); faixa etária foi categorizada em (0 à 60 anos ou mais); cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena e sem informação/ignorado); escolaridade (analfabeto à educação superior completa, ignorado/não se aplica). Em relação as variáveis financeira/econômica, violência física, psicomoral e sexual, utilizou-se os dados que apresentavam a ocorrência da respectiva violência, ou seja, o filtro para essas variáveis foram “SIM” ou “NÃO”.

5.6 Tratamento estatístico

Os dados coletados foram analisados descritivamente e dispostos em planilhas, gráficos e tabelas (contendo o valor absoluto e percentual das variáveis) utilizando Microsoft Office Excel 2019. Em seguida, foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

5.7 Disposições éticas da pesquisa

A utilização das informações oriundas do DATASUS é de domínio público e, portanto, de livre acesso a toda população brasileira. As tabulações por eles geradas garantem a proteção aos princípios éticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), razão pela qual não há necessidade de submissão a um Comitê de Ética.

5. RESULTADOS

Entre os anos de 2009 a 2017 foram registradas 14.005 notificações de mulheres que sofreram algum tipo de violência, seja física, sexual, psíquica, moral ou financeira no estado paraibano (gráfico 1), com maior prevalência na macrorregião de João Pessoa, seguido pela macrorregião de Campina Grande e Sertão paraibano (gráfico 2).

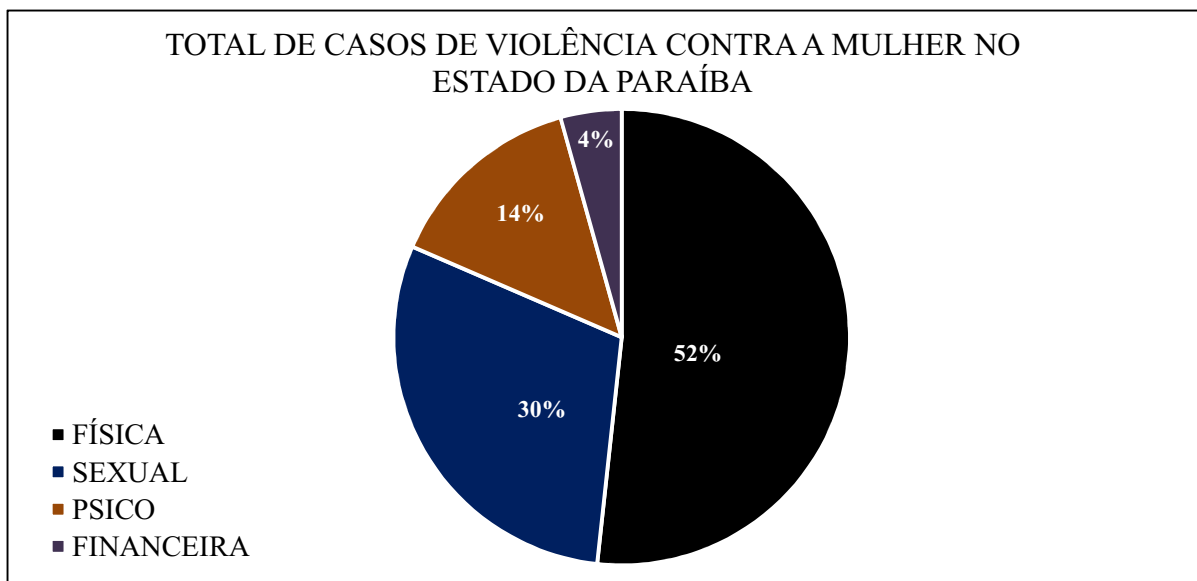


Gráfico 1 - Número de violência contra a mulher no estado da Paraíba (2009-2017). **Fonte:** autoria própria, 2019.

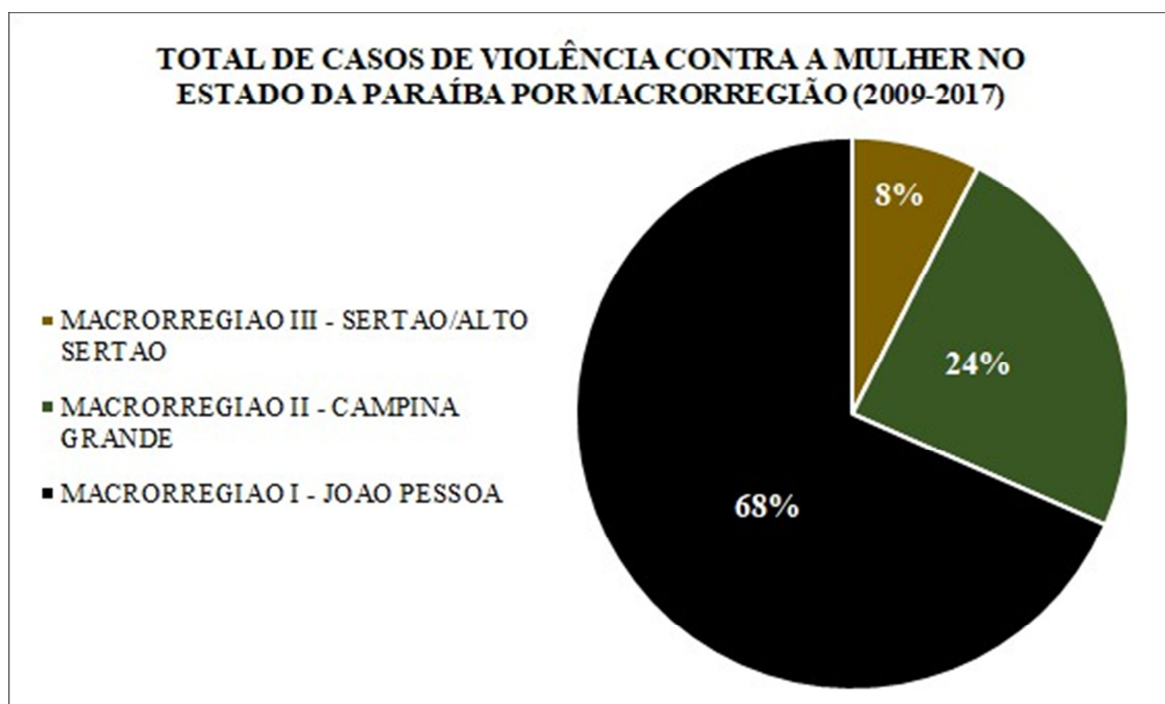


Gráfico 2 - Total de casos de violência contra a mulher no estado da Paraíba por macrorregião (2009-2017). **Fonte:** autoria própria, 2019.

Ao analisar os resultados contidos na Tabela 1, que expõe a frequência do número de vítimas de violência física, observa-se um total de 7.244 notificações, com um predomínio na faixa etária de 15 a 29 anos, representando 44% (3.217) dos casos, seguido de 30 a 49 anos, com 38% (2.727). Houve maior prevalência de raça/cor daquelas que autodeclararam pardos com 66% (4769) dos casos de notificação, sendo a raça branca a segunda mais presente nas notificações com 16% (1.133). Ao verificar o grau de escolaridade predominante nesses casos percebe-se que os ignorados e tidos como “não se aplicam” representam 51% (3.691), ou seja, mais da metade das notificações não expôs a escolaridade das vítimas.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Física na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017

Características	Frequência dos casos	
	N	%
Idade		
0-4 anos	211	3%
5-14 anos	416	6%
15-29 anos	3217	44%
30-49 anos	2727	38%
50 anos ou mais	664	9%
Raça		
Branca	1133	16%
Preta	505	7%
Amarela	69	1%
Parda	4769	66%
Indígena	23	0%
Ignorado	745	10%
Escolaridade		
Analfabeto	121	2%
1ª a 4ª série incompleta EF	349	5%
4ª série completa do EF	182	3%
5ª a 8ª série incompleta do EF	1115	15%
Ensino Fundamental completo	332	5%
Ensino Médio Incompleto	389	5%
Ensino Médio Completo	686	9%
Educação Superior Incompleta	169	2%
Educação Superior Completa	210	3%

Ignorados/ Não se aplica 3691 51%

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Notificações de Agravos (SINAN)

Em relação à frequência do número de vítimas de violência psico-moral expostos na Tabela 2, há um total de 4.168 notificações, possuindo maior ocorrência entre 15 e 29 anos com 40% (1.678) e 30 e 49 com 40% (1.669) dos casos notificados. Aqueles que se autodeclararam pardos (51%) se mantém prevalentes e correspondem a mais da metade das notificações, seguida pela branca (27%). Em relação ao grau de escolaridade, os casos ignorados e “não se aplica” foram mais prevalentes, com 38% (1.576) dos casos, seguidos pelo ensino médio completo com 15% (605).

Tabela 2 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Psico-moral na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017

Características	Frequência dos casos	
	N	%
Idade		
0-4 anos	63	2%
5-14 anos	250	6%
15-29 anos	1678	40%
30-49 anos	1669	40%
50 anos ou mais	507	12%
Raça		
Branca	1142	27%
Preta	496	12%
Amarela	38	1%
Parda	2114	51%
Indígena	11	0%
Ignorado	367	9%
Escolaridade		
Analfabeto	64	2%
1ª a 4ª serie incompleta EF	282	7%
4ª série completa do EF	126	3%
5ª a 8ª série incompleta do EF	584	14%
Ensino Fundamental completo	198	5%
Ensino Médio Incompleto	297	7%

Ensino Médio Completo	605	15%
Educação Superior Incompleta	196	5%
Educação Superior Completa	240	6%
Ignorados/ Não se aplica	1576	38%

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Notificações de Agravos (SINAN)

A tabela 3 traz a frequência dos casos de violência sexual, apresentando um total de 1.987 notificações com o predomínio de casos entre 15 a 29 anos (39%) e entre 5 a 14 anos (33%). A raça parda mantém predomínio (61%), seguida da branca (23%). Em relação ao grau de escolaridade percebe-se a prevalência dos casos ignorados e que “não se aplica”, representando com 29% (571) dos casos, seguida de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto (58%).

Tabela 3 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Sexual na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017

Características	Frequência dos casos	
	N	%
Idade		
0-4 anos	82	5%
5-14 anos	641	33%
15-29 anos	760	39%
30-49 anos	426	22%
50 anos ou mais	78	4%
Raça		
Branca	456	23%
Preta	214	11%
Amarela	25	1%
Parda	1215	61%
Indígena	7	0%
Ignorado	70	4%
Escolaridade		
Analfabeto	24	1%
1ª a 4ª série incompleta EF	174	9%
4ª série completa do EF	54	3%
5ª a 8ª série incompleta do EF	488	25%

Ensino Fundamental completo	82	4%
Ensino Médio Incompleto	180	9%
Ensino Médio Completo	239	12%
Educação Superior Incompleta	95	5%
Educação Superior Completa	80	4%
Ignorados/ Não se aplica	571	29%

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Notificações de Agravos (SINAN)

Relacionando o número de casos de violência financeira e econômica, a tabela 4 traz o total de 606 casos notificados. Destes percebe-se maior prevalência entre 30 a 49 anos (53%) e entre 15 e 29 (33%). Seguindo os dados anteriores, cor/raça parda nesses casos, predomina (44%), seguido pela branca (29%). Avaliando o grau de escolaridade, percebe-se que os números ignorados e “não se aplica” obtiveram 24% dos casos notificado e o ensino médio completo foi o segundo mais prevalente com 22%. Devido a raça parda ser a característica dominante em todos os tipos de violência, o gráfico 3 traz o resumo dos dados citados anteriormente.

Tabela 4 – Perfil epidemiológico mulheres vítimas de Violência Financeira/Econômica na Paraíba entre os anos de 2009 a 2017

Características	Frequência dos casos	
	N	%
Idade		
0-4 anos	3	0%
5-14 anos	2	0%
15-29 anos	196	33%
30-49 anos	323	53%
50 anos ou mais	82	14%
Raça		
Branca	177	29%
Preta	128	21%
Amarela	6	1%
Parda	266	44%
Indígena	1	0%
Ignorado	28	5%

Escolaridade

Analfabeto	5	1%
1ª a 4ª série incompleta EF	27	4%
4ª série completa do EF	10	2%
5ª a 8ª série incompleta do EF	82	14%
Ensino Fundamental completo	32	5%
Ensino Médio Incompleto	47	8%
Ensino Médio Completo	136	22%
Educação Superior Incompleta	48	8%
Educação Superior Completa	73	12%
Ignorados/ Não se aplica	146	24%

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Notificações de Agravos (SINAN)

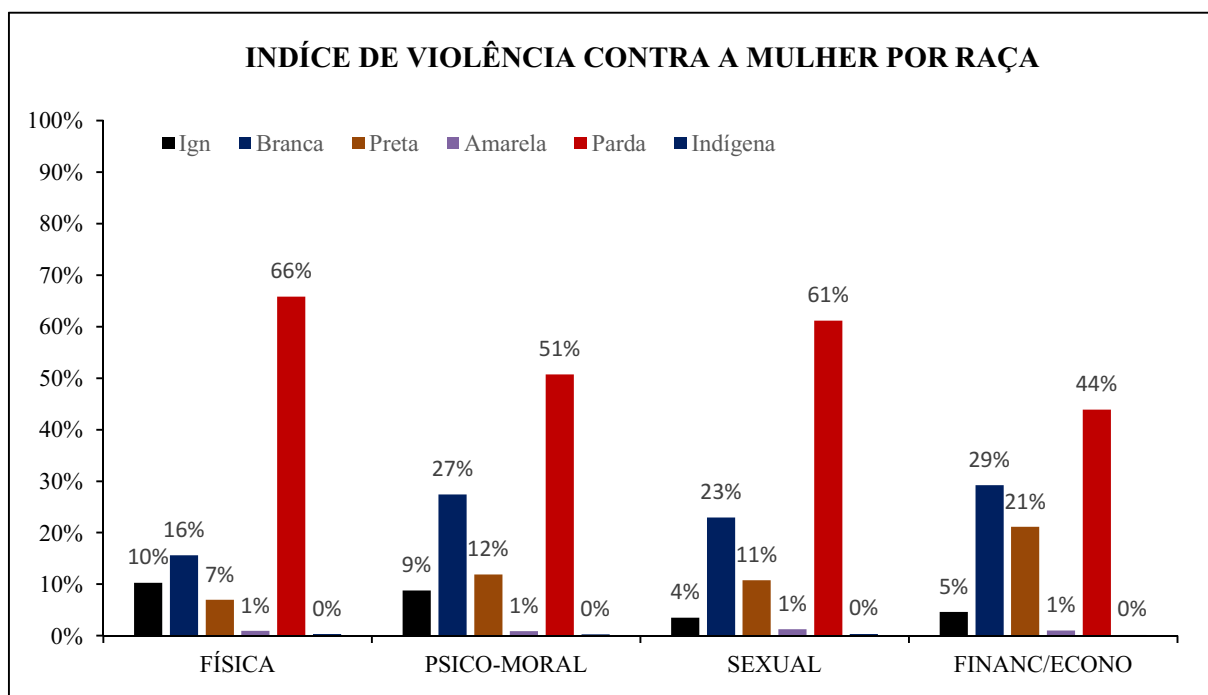


Gráfico 3 – Percentual dos tipos de violência contra a mulher por raça/cor no estado da Paraíba (2009-2017). Fonte: autoria própria, 2019.

6. DISCUSSÃO

Atualmente, a violência se manifesta como um problema de ordem social, inquietando pesquisadores que buscam explicar a origem da agressividade humana (VIANA et al., 2014). A violência contra a mulher é apenas um subtipo, mas pode ser visto como um fenômeno universal atrelado a história da humanidade que independe da idade, etnia, classe social, religião ou nível de escolaridade (KRUG et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2005). Os crimes contra a mulher são socialmente tratados sob diferentes pontos de vista, alguns considerando o estupro, por exemplo, como crime hediondo, enquanto outros tratam como algo banal (PIMENTEL et al., 1998). Porém, embora existam variadas concepções acerca de como enquadrar os diversos tipos crimes contra a mulher, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OAPS), ambas ligadas aos direitos humanos, reconhecem a violência contra a mulher como problema de saúde pública.

A utilização de estatísticas acerca da violência no Brasil, quando analisadas corretamente, podem auxiliar na identificação de padrões na distribuição espacial e temporal da violência, sendo uma poderosa ferramenta para o estudo e controle (LUCENA et al., 2016). Em relação a análise dos dados obtidos através do SINAN acerca da violência contra a mulher, foi constatado o registro de 14.005 casos no estado paraibano, subdividido em quatro tipos de violência: (a) Física, representando 52% (7.244) dos casos notificados; (b) sexual - 30% (4168); psicológica - 14% (1.987) e Financeira com 4% (606) dos casos. Segundo dados do Painel de Violência contra a Mulher, ferramenta criada e disponibilizada pelo Senado Federal para consulta sobre indicadores que relaciona dados de diversas fontes e oferece um panorama da violência contra mulheres no Brasil, o estado da Paraíba no ano de 2016 foi o que apresentou o menor número de notificações em relação aos demais estados do território brasileiro, com 38,1 notificações por cada 100 mil habitantes. De acordo com o DATASUS a maior prevalência ocorreu na macrorregião de João Pessoa com 68% (9.580) dos casos, bem a frente da macrorregião de Campina Grande com 24% (3.372) e do Sertão com 8% (1.053) dos casos de violência contra a mulher.

De acordo com Saliba e colaboradores (2007) muitas regiões aparentam apresentar um baixo índice de violência, porém, os números muitas vezes são camuflados pela baixa notificação pelos responsáveis. Ou seja, embora os profissionais de saúde possuam a obrigatoriedade de notificar, estes se sentem indiferentes frente aos casos de violência doméstica, além de muitos alegarem não possuir conhecimento sobre como preencher a ficha

de notificação, bem como da obrigação em realizá-la. Outro fator determinante para a baixa notificação e assim a possível existência do reduzido número de casos de violência contra a mulher, envolve o receio relacionado a falta de conhecimento sobre como proceder a informação por parte dos profissionais e como se dará os desdobramentos a partir desta notificação, alegando-se em alguns casos possuem medo de represálias (OLIVEIRA; MELO, 2011). Gomes e colaboradores (2013) afirmam que grande parte dos serviços de saúde não possuem rede estruturada, articulada e eficiente para um atendimento de qualidade.

Assim observa-se que embora existam mecanismos disponíveis com o objetivo de manter um controle mínimo sobre os casos de violência, faz-se necessário capacitar e preparar os profissionais de forma continuada para receber e encaminhar essas pacientes, evitando a descontinuidade do acompanhamento e a diminuição da desistência pela mulher de ser assistida.

Segundo o último censo do IBGE, em 2010, a maior concentração populacional do estado paraibano é a região metropolitana de João Pessoa com 1.266.463 habitantes em uma área de 2.794,298 km² e densidade demográfica de 453, 23. Essa concentração populacional apresenta uma dificuldade em relação a moradias o que favorece o surgimento comunidades sem o devido controle. Essa situação possibilita a ocorrência da violência, uma vez que os governos locais apresentam dificuldades para acessar estes domínios, e, por vezes, garantir a segurança dos seus moradores (VIAL et al, 2010).

Como citado anteriormente, a violência contra a mulher independe de raça, cor, sexo, idade, nível de escolaridade ou condição econômica. Nesse sentido, nossos dados corroboram com estudos anteriores que apresentam uma maior taxa de violência em mulheres com idade entre 20 e 39 anos. Aqui, encontramos uma prevalência de 20%, ou seja, um total de 7.376 dos casos notificados. Sousa e colaboradores (2018) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar apenas os casos de violência sexual em mulheres, constatando que 61% das vítimas eram crianças e adolescentes com idade entre 10 a 19 anos. Nossos dados mostram uma prevalência de 29% dos casos nessa faixa-etária, ou seja, grande parte das vítimas de violência sexual são crianças e adolescentes; levando ao questionamento sobre como atuar para de diminuir esses números contra indivíduos que estão em fase de amadurecimento das funções cognitivas, principalmente da personalidade, interferindo na compreensão do ocorrido (GASPAR, 2018).

Outro fator em destaque foi a taxa de violência contra mulheres da cor parda. As mulheres autodeclaradas pardas representam um percentual de 55% dos casos notificados, com

maior destaque para os relatos de violência física e sexual. Esse fato pode ser explicado devido a população paraibana ser em sua grande maioria da cor/raça parda (IBGE, 2013). Nossos dados são semelhantes aos encontrados por Silva e colaboradores (2016), onde realizaram um estudo semelhante com mulheres vítimas de violência no Distrito Federal, identificando que 25% dos casos notificados estavam relacionados com mulheres da cor/raça parda.

Analisando os dados acerca do nível de escolaridade, observa-se que cerca de 17% (2.269) não concluíram o ensino fundamental, seguidas de 15% (1.666) que não concluíam o ensino médio. Lange e Topel (2004) propõem que o acréscimo nos anos de estudo das mulheres (vítimas) reduzem o risco de esta passar por outro caso de violência, pois o aumento na escolaridade representa melhores retornos salariais, além de maior conscientização social. De acordo com Hasselmann e Reichenheim (2003) quanto maior o grau de escolaridade, menor é a violência. Ou seja, a violência doméstica acontece com maior frequência entre casais com menor escolaridade, vivendo em condições socioeconômicas precárias, na presença do álcool e de outras drogas, fatores estressantes e estigmatizantes que favorecem tanto o uso de substâncias psicoativas quanto a violência. Todavia é importante destacar que 39% (5.511) dos casos notificado não apresentam o nível de escolaridade, esbarrando mais uma vez no problema de subnotificação.

Aqui, faz-se necessário que a subnotificação seja vista como um sinal do que não pode ser visto e que evidencia temores, receios, incompreensões e atravessamentos de toda ordem que os interpelam quando confrontados com as violências contra mulheres. Assim, a subnotificação não deve ser interpretada como um conjunto de dados ocultos que precisam revelados (KIND et al., 2013).

Por fim e não menos importante os nossos dados revelaram que dentre os tipos de violência citadas anteriormente, a violência física foi a mais recorrente, seguida da violência sexual, psicológica e financeira. O estudo de Costa e colaboradores (2015) onde foi avaliado o perfil de mulheres vítimas de violência na cidade Cajazeiras, constatou que a mais comum foi a psicológica, embora menos percebida pela sociedade devido ao fato da mais divulgada pelos meios de comunicação ser a violência sexual, seguida pela violência física. Cabe salientar que muitas mulheres não sofrem apenas um tipo de violência. Ao procurar o serviço médico/hospitalar, em várias situações as vítimas omitem o motivo da lesão sofrida, relatando que tais danos foram decorrentes de acidentes, concluindo-se que as mesmas procuram assistência pela lesão e não pela a ação sofrida. Rangel e Oliveira (2010) encontraram que as

mulheres geralmente são acometidas por mais de um tipo de violência com prevalência das violências psicológica (62%), física (54%) e moral (50%).

De acordo com Giffin (1994), o motivo da maior incidência de casos de violência física estar relacionado com o fato de a família ser uma instituição social que organiza as relações sexuais entre gêneros e exerce diretamente o controle social sobre a identidade e corpo da mulher, legitimando direitos dos maridos sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativa de exercerem dentre outras coisas, a força física. Boulding (1981) traz que muitas mulheres internalizam e reproduzem a agressão, favorecendo para que as estruturas que a transformam em vítimas sejam perpetuadas. Um exemplo são as mães que colaboram ativamente no condicionamento dos filhos, transformando-os em homens mais agressivos.

Em relação a prática da violência sexual, caracterizada como um ataque em que o agressor obriga a vítima a realizar práticas sexuais por meio de força ou intimidação, sem seu consentimento, “a suposta supremacia masculina impõe uma série de normas sexistas que se desenvolvem de diferentes formas como a relação sexual indesejada e a responsabilidade pelo controle da fecundidade” (GUIDDENS, 1993). Ou seja, os homens querem sexo devido um impulso sexual inato e irreprímível, enquanto as mulheres buscam relações afetivas. Porém, estima-se que o percentual seja muito maior, pois grande parte das mulheres não procuram ajuda devido ao constrangimento, humilhação, e principalmente por medo da reação do parceiro, que muitas vezes a ameaça caso a vítima revele o ato ocorrido (DREZETT et al., 1998). Estudos trazem que metade dos casos de violência sexual são oriundos do consumo de álcool. O consumo dessas substâncias traz consequências como redução da capacidade cognitiva e do controle motor, discurso confuso e perda da consciência, favorecendo atitudes de caráter dominador e agressivo por parte do praticante (PAIVA *et al.*, 2016).

A violência psicológica/moral e financeira estão lado a lado quanto as suas motivações. Holanda et al., (2018) traz que a condição de desemprego faz com que a mulher continue no ciclo de violência por depender financeiramente do companheiro, submetendo-a constrangimentos e humilhações. Farmer e Tiefenthaler (1997) constataram que aumento da renda das mulheres e outros benefícios financeiros exógenos (auxílio familiar, transferências públicas e pensões) tendem a reduzir a violência doméstica, resultando no decréscimo da dependência financeira da mulher em relação ao homem. Porém, Bobonis et al. (2013) demonstrou que o incremento na renda pode ocasionar o aumento dos casos de violência, pois o homem utiliza a violência doméstica, como a psicológica, como uma ferramenta de barganha para extrair recursos da companheira. Outro fator causador envolve a crescente

autonomia da mulher, ocasionando no companheiro o sentimento de invalidez, desprezo e perda do domínio do ambiente, acarretando no aumento dos quadros de violência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, percebe-se os avanços conquistados pelas mulheres relacionados à luta da violência. Porém, frente aos números apresentados, ainda se percebe que as medidas para coibir essas agressões são insuficientes, trazendo a necessidade de intervenções mais eficazes.

É inegável que o combate à violência e a manutenção dos direitos humanos estão atrelados a um problema de segurança pública. Com relação a violência contra a mulher não é diferente, porém o presente estudo trouxe uma correlação deste agravo como um problema no âmbito da saúde.

Frequentemente são noticiadas situações de violência contra a mulher nas páginas policiais e de segurança, entretanto se percebe a grande presença das vítimas em UBS's ou em unidades de pronto atendimento por consequência deste ato, que por muitas vezes não deseja denunciar o agressor mas necessita ser assistido. Por vezes, as sequelas são profundas e as implicações provocas, sejam elas físicas, psicológicas ou morais, são de difícil superação.

As ferramentas acerca do processo de notificação da violência contra a mulher no setor da saúde são vistas com grande otimismo para obtenção de controle e prevenção, contudo o preenchimento do SINAN por várias vezes compromete a fidedignidade dos dados, e, desta forma, prejudica uma intervenção, seja ela informativa ou investigatória, sobre possíveis vítimas.

Um dos itens mais ignorados do SINAN na pesquisa, a escolaridade, mostrou o quão eficaz é o estímulo à informação e à educação em todas as faixas etárias. Os menores índices de violência contra a mulher estão relacionados a um maior grau de escolaridade, ou seja, o incentivo a manter a mulher dentro das instituições escolares pode atuar como medida preventiva contra possíveis agressões.

Nesta perspectiva, torna-se necessário enaltecer a importância de se traçar um perfil epidemiológico de vítimas, visto que desta forma será possível promover estratégias eficazes e objetivas de prevenção e combate à violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Josefa Barros Cavalcanti de; CÉSAR, Edna Samara Ribeiro; SILVA, Vagna Cristina Leite da; *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.

AMARAL, José Manoel do. DIAS, Maria Berenice. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. 2. ed.. São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 2010. 284 p. **Revista Jurídica Cesumar - Mestrado**, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/2153>. Acesso em: 18 out. 2019.

ANTONI, Clarissa de; MAZONI, Carolina de Vasconcellos; MUSSKOPF, Filipe Witz. Concepções dos operadores do Direito sobre crimes sexuais conjugais e extraconjugais: implicações psicossociais. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.34-36, 26 fev. 2014.

ANTONI, Clarissa De; MAZONI, Carolina de Vasconcellos; MUSSKOPF, Filipe Witz. Concepções dos operadores do Direito sobre crimes sexuais conjugais e extraconjugais: implicações psicossociais. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 34–59, 2014.

Aragão, S. A vitimização da mulher. In C. B. Leal & H. Piedade Júnior, **Violência e vitimização: a face sombria do cotidiano** Belo Horizonte: Del Rei. (pp. 239-247), 2001.

ARTLETT H. et al. Healthy Ageing in the community. Ageing and place: perspectives, policy, practice. New York: Routledge. p. 98-109, 2005.

BARROS, Luciana de Amorim; ALBUQUERQUE, Maria Cicera dos Santos de; GOMES, Nadirlene Pereira; *et al.* The (un)receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0193–0200, 2015.

BASILE, Kathleen C.; SMITH, Sharon G.. Sexual Violence Victimization of Women. **American Journal Of Lifestyle Medicine**, [s.l.], v. 5, n. 5, p.407-417, 3 jun. 2011..

BOBONIS, Gustavo J.; GONZÁLEZ-BRENES, Melissa; CASTRO, Roberto. Public Transfers and Domestic Violence: The Roles of Private Information and Spousal Control. **American Economic Journal: Economic Policy**, v. 5, n. 1, p. 179–205, 2013.

BOULDING, Kenneth E. (1981a). *Ecodynamics. A New Theory of Societal Evolution*. 2nd corrected ed. Beverly Hills (Calif.) and London: Sage Publications, 381 p, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde Nº 2.393, de 11 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Nº 485, de 1º de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466, de 12 de dezembro 2012: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2415, de 7 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2415, de 7 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 485, de 1º de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 528, de 1º de abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. **Boletim Epidemiológico - Secretaria de vigilância em saúde**. Volume 44, N. 9, 2013.

CANUTO, Priscila Quirino; GOUVEIA, Samylla Mayra Hortêncio; DINIZ, Bresser Kenison Lima; *et al.* Epidemiologia de Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes nas Capitais Nordestinas. **REVISTA SEMENTE**, v. 6, n. 6, 2011. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/semente/article/view/164>. Acesso em: 18 out. 2019.

CARVALHO, C. S.; FERREIRA, D. N.; SANTOS, M. K. R. Analisando a Lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

COSTA, Milena Silva; SERAFIM, Márcia Luana Firmino; NASCIMENTO, Aissa Romina Silva do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 551–558, 2015.

DATASUS – Ministério da Saúde. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – SINAN – Paraíba. 2017.

DE CARVALHO, Carina Suelen; FERREIRA, Débora Nayara. Analisando a Lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. p. 7, 2010.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 129–137, 2000.

DIAS, Maria Berenice. A lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2007.

DREZETT, Jefferson. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 2, n. 1, p. 15–15, 2003.

FACURI, Cláudia de Oliveira; FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; OLIVEIRA, Karina Diniz; *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.

FACURI, Cláudia de Oliveira; FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; OLIVEIRA, Karina Diniz; *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.

FARMER, Amy; TIEFENTHALER, Jill. An Economic Analysis of Domestic Violence. **Review of Social Economy**, v. 55, n. 3, p. 337–358, 1997.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.139-144, ago. 2015.

GASPAR, Renato Simões; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes; GASPAR, Renato Simões; *et al.* Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001105004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S146–S155, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, N.P.; ERDMANN, Alacoque; MOTA, L.L.; *et al.* Referrals of women in domestic violence situations. **Mundo da Saude**, v. 37, p. 377–384, 2013.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625–631, 2009.

GUIDDENS, A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas / Anthony Guiddens; tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista. 1993.

HASSELMANN, Maria Helena; REICHENHEIM, Michael E. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2003000400030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1083–1093, 2003.

IBGE | Cidades@ | Paraíba | João Pessoa | Pesquisa | Censo | Sinopse. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>. Acesso em: 20 out. 2019.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 25(1), 11-21, janeiro – março, 2008.

KIND, Luciana; ORSINI, Maria de Lourdes Pereira; NEPOMUCENO, Valdênia; *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.

KRUG, Etienne G.; WELTGESUNDHEITSORGANISATION (Orgs.). **World report on violence and health**. Geneva: [s.n.], 2002.

LANGE, Fabian; TOPEL, Robert. Chapter 8 The Social Value of Education and Human Capital. *In*: HANUSHEK, E.; WELCH, F. (Orgs.). **Handbook of the Economics of Education**. [s.l.]: Elsevier, 2006, v. 1, p. 459–509. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574069206010087>. Acesso em: 13 out. 2019.

LEAL, César Barros; JÚNIOR, Heitor Piedade. **Violência e vitimização: a face sombria do cotidiano**. [s.l.]: Editora del Rey, 2001.

LIMA, Cláudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 787–800, 2014.

LIMA, Yara Oyrã Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1773–1783, 2015.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, v.12, n.4, p. 189-201, 2003.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de; DEININGER, Layza de Souza Chaves; COELHO, Hemílio Fernandes Campos; *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 2, p. 139–146, 2016.

MADEIRO, Alberto et al. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. **J. Health Biol Sci.** 7(3): 258-264, 2019.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MUELLER, Betânia; COLLAZIOL, Marcell Emer; *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.

MIRANDA, Milma Pires de Melo; PAULA, Cristiane Silvestre de; BORDIN, Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 300–308, 2010.

National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010. **Summary Report.** p. 124, 2010.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Revista da SPAGESP**, v. 17, n. 2, p. 21–36, 2016.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; BARBOSA, Rosana Machin; MOURA, Alexandre Aníbal Valverde M. de; *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 376–382, 2005.

ONU chama atenção para danos da prática do casamento infantil em todo o mundo. ONU Brasil. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-chama-atencao-para-danos-da-pratica-do-casamento-infantil-em-todo-o-mundo/>. Acesso em: 18 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU chama atenção para danos da prática do casamento infantil em todo mundo. [Internet]. [Publicado em 11/10/12] Disponível em: <http://nacoesunidas.org/onu-chama-atencao-para-danos-da-pratica-do-casamento-infantil-em-todo-o-mundo/>.

Painel OMV - Violência contra Mulheres. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2FPainel%20OM>

V%20%20Viol%C3%Aancia%20contra%20Mulheres.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true. Acesso em: 18 out. 2019.

PAIVA, Sara; VIANA, Francisco; CAMPOS, Tatiane; *et al.* Alcohol and violence against woman: a picture of the vulnerability of Brazilian woman. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, 2016.

PINTO, Célia Regina Jardim. **Uma História do Feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 115p, 2003.

PORTO, Madge; COSTA, Francisco Pereira. Lei Maria da Penha: as representações do judiciário sobre a violência contra as mulheres. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 4, p. 479–489, 2010.

PORTO, Maria Laura; AMARAL, Waldemar Naves do. Violência sexual contra a mulher: histórico e conduta. **Femina**, p. 209–215, 2014.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 787–807, 2014.

HOLANDA, E. R. de; HOLANDA, V. R. de ; VASCONCELOS, M. S. de; *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1–9, 2018.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472–477, 2007.

RANGEL, C. M. F. R. B. A.; OLIVEIRA, E. L. Violência contra as mulheres: fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores. Santa Catarina, **Fazenda Gênero 9- diásporas, diversidades, deslocamentos**. 2010. Disponível em:

http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf. Acesso em 20 de out. 2014.

SERIE APERFEIÇOAMENTO MAGISTRADOS :. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/14/seriemagistrado14.html>. Acesso em: 18 out. 2019.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1230–1240, 2013.

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. 331–342, 2016.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 556–571, 2010.

SOARES, Vera. Movimento de mulheres e feminismo: evolução e novas tendências. IN: Revista Estudos feministas. Rio de Janeiro, 1994.

SOUSA, Marlon Marcelo Maciel; SILVA, Naldiana Cerqueira. Análise das ocorrências de violência sexual contra mulheres atendidas em um serviço de referência. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 4, p. 195–199, 2018.

SOUZA, Célia Mendes de; VIZZOTTO, Marília Martins; GOMES, Miria Benincasa. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 222–233, 2018.

TELES, Paula do Nascimento Barros González. Lei Maria da Penha. Uma História de Vanguarda. Série Aperfeiçoamento de Magistrados 14. Curso: **Capacitação em Gênero, Acesso à Justiça e Violência contra as Mulheres**. Rio de Janeiro: EMERJ, 2013.

VALENÇA, Alexandre Martins; NASCIMENTO, Isabella; NARDI, Antonio Egidio. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, n. 3, p. 97–104, 2013.

VIAL, Eloir Antonio; JUNGES, José Roque; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; et al. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 289–297, 2010.

VIANA, Alba Jean Batista; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; *et al.* VIOLÊNCIA CONTRA A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: ACASO OU PRÁTICA SOCIAL? **TEMA - Revista Eletrônica de Ciências (ISSN 2175-9553)**, v. 14, n. 20;21, 2014. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/171>. Acesso em: 18 out. 2019.

VIODRES INOUE, Silvia Regina; RISTUM, Marilena. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 11–21, 2008.