



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**LÉIA SILVA RIBEIRO**

VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO: análise das notificações no  
município de Niterói de 2013 a 2015

Rio de Janeiro  
2017

LÉIA SILVA RIBEIRO

VIOLENÇA NA GESTAÇÃO: análise das notificações no  
município de Niterói de 2013 a 2015

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Estudos em  
Saúde Coletiva da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de bacharel  
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti.

Rio de Janeiro  
2017

## FOLHA DE APROVAÇÃO

LÉIA SILVA RIBEIRO

VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO: análise das notificações no  
município de Niterói de 2013 a 2015

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Estudos em  
Saúde Coletiva da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, como parte dos  
requisitos necessários à obtenção do grau  
de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 06 de setembro de 2017.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Orientador)

IESC/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Pauline Lorena Kale

IESC/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Helena Simões Barbosa

IESC/UFRJ

## **AGRADECIMENTOS**

O meu agradecimento é dedicado a pessoas muito importantes na minha vida. Primeiramente a Deus por ter me dado força e coragem para chegar até aqui, porque não foi fácil, mas ele me sustentou. A paiño, mainha e Dâmaris que por mim oraram, choraram, se alegraram e comigo vibraram a cada conquista feita. A minha orientadora Lourdinha sou grata por todo auxílio e respeito.

## RESUMO

RIBEIRO, Léia Silva. **Violência na gestação**: análise das notificações no município de Niterói de 2013 a 2015. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta pesquisa foi motivada a partir do questionamento sobre a existência ou não de violência no período gestacional das mulheres. A análise das notificações de violência contra mulheres grávidas no município de Niterói, tendo como anos de estudo 2013, 2014 e 2015, evidenciou 64 registros de violência contra mulheres grávidas em Niterói ao longo destes anos. A análise dos dados extraídos do SINAN demonstra que essas mulheres sofreram violência durante a gravidez. As variáveis examinadas apresentam os autores das violências, a faixa etária, a escolaridade e a raça dessas mulheres, entre outras variáveis. As informações são apresentadas em forma de gráficos e tabelas que contam um pouco da história de violência sofrida por mulheres grávidas, cujos episódios de violência foram notificados para a COVIG (Coordenação de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói) no período de 2013 a 2015. A violência contra mulheres grávidas é um problema sério e crescente, se tornando assim um problema de saúde pública, que merece atenção. É importante então que o governo crie ações para a promoção da saúde dessas mulheres e a prevenção da violência. Dessa forma os casos de violência podem até serem reduzidos e essas mulheres podem ter uma autonomia maior sobre suas vidas.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da mulher. Violência. Notificação. Gravidez.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Episódios de violência interpessoal/autoprovocada, segundo município de residência da vítima, notificados em Niterói, de 2013 a 2015 .....	20
Tabela 2 - Frequência das notificações de violência física, sexual, psicológica e negligência, em Niterói, de 2013 a 2015 .....	21
Tabela 3 - Frequência de notificações de violência em mulheres grávidas segundo município de residência, Niterói, 2013 a 2015.....	25
Tabela 4 - Notificações de violência contra mulheres grávidas, segundo faixa etária e idade gestacional, em Niterói, de 2013 a 2015 .....	26
Tabela 5 - Notificações de violência contra mulheres grávidas, segundo faixa etária e sexo do agressor, em Niterói, nos anos de 2013, 2014 e 2015 .....	26
Tabela 6 - Autores de violência contra gestantes, nos episódios notificados em Niterói, de 2013 a 2015 .....	27
Tabela 7 - Frequência de notificações de violência em gestantes segundo a raça/cor da vítima, nos anos de 2013, 2014 e 2015, em Niterói .....	28
Tabela 8 - Frequência de violência em mulheres grávidas segundo a sua escolaridade, notificadas no município de Niterói nos anos de 2013-2015.....	29
Tabela 9 - Frequência de violência em mulheres grávidas, segundo recorrência dos episódios, notificados no município de Niterói nos anos de 2013-2015 .....	30
Tabela 10 - Frequência de estupro em mulheres grávidas segundo faixa etária, notificadas no município de Niterói nos anos de 2013-2015 .....	30
Tabela 11 - Frequência dos encaminhamentos de mulheres grávidas que sofreram episódios de violência notificados no município de Niterói nos anos de 2013, 2014 e 2015 .....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVIG	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEAM	Delegacias Especiais de Atendimento a Mulher
FMSN	Fundação Municipal de Saúde de Niterói
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
NAECA	Núcleo de Atendimento Especializado da Criança e do Adolescente
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIVA	Sistema de Violência e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES</b> .....	<b>11</b>
<b>3 VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES</b> .....	<b>14</b>
<b>4 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE</b> .....	<b>16</b>
<b>5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES</b> .....	<b>17</b>
5.1 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS .....	18
5.2 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS EM NITERÓI.....	19
5.3 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA EM NITERÓI.....	20
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
6.1 OBJETIVO GERAL .....	22
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>37</b>
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA .....	38
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	40



## APRESENTAÇÃO

A violência é um tema de grande importância para a saúde pública, pois é um problema em crescimento ao redor do mundo, resultando em sequelas de curto, médio e longo prazo para as famílias, os indivíduos e a coletividade. Quando a violência afeta o indivíduo e o coletivo faz-se necessário a criação de políticas de saúde específicas com intuito de promover ações de promoção da saúde e prevenção dos danos (LIMA *et al.*, 2008).

Este trabalho se iniciou na Coordenação de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (COVIG/FMSN), através da análise das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. O interesse pelo tema foi surgindo no decorrer das atividades ali feitas, tentando entender quais fatores de risco são importantes para que aconteça a violência e quais ações podem ser usadas para a prevenção e a promoção da saúde.

Este trabalho aborda a violência contra mulheres grávidas, analisando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da COVIG/FMSN nos anos de 2013, 2014 e 2015.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado, com diferentes possibilidades de abordagem. Precisamos de um conceito comum para poder falar e trabalhar sobre a violência, mas esse conceito não esgota o fenômeno da violência. Ele faz um recorte em um determinado aspecto da violência, sobre o qual os profissionais de saúde devem intervir. É de grande importância conhecer sua definição, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é:

[...] o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (BRASIL, 2014, p. 761)

A partir deste conceito, pode-se entender quão ampla é a violência. Ela não acontece num lugar específico e por um único motivo, pelo contrário, abrange todo tipo de classe social, classe econômica e idades (MINAYO, 2009).

É importante saber que a violência está em cada indivíduo, e como o mesmo está em convívio na sociedade, a mesma pode ser refletida no grupo e se perpetuar por muito tempo. Entendemos que ela também pode vir a regredir caso o indivíduo entenda que a violência não traz benefícios, e afeta a si e a comunidade em que vive. Reconhecer a sua humanidade, a sua cidadania, respeitar uns aos outros é um grande passo para manter um indivíduo longe de atitudes violentas (NJAINÉ, 2009).

Segundo Minayo (2009) existem diversos tipos de violência, como: criminal, que é considerada uma agressão grave a uma pessoa, um atentado a sua vida que pode ser feito através de gangues; tráfico de seres humanos; trabalho escravo; trabalho infantil entre outros.

A violência é classificada como estrutural quando associada à desigualdade social, cultural, de gênero, etárias e étnicas. Já a intrafamiliar/doméstica, é aquela que ocorre principalmente dentro de casa, envolvendo pessoas da família ou com relações próximas à vítima (MINAYO, 2009).

Já a OMS classifica a violência em três grupos: Violência autoprovocada ou auto-infligida, que é aquela em que o indivíduo atenta contra sua própria vida, tendo como caso mais grave o suicídio; violência interpessoal, que compreende a

doméstica/intrafamiliar, que ocorre no domicílio, mas não unicamente. Esta pode se dar entre membros da família, ou sem relação parental, no entanto, que convivam em mesmo ambiente domiciliar; e a violência coletiva (BRASIL, 2015).

## 2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

De acordo com (CASIQUE; FUREGATO, 2006) a violência contra a mulher pode ocorrer de diversas formas e por diferentes agressores. O agressor pode ser um desconhecido, um familiar ou ainda o próprio companheiro. Esses autores afirmam que ocorre violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo em todos os países e independe da cultura, religião ou da classe social.

A violência em relação aos homens relaciona-se mais ao espaço público e é cometida na maioria das vezes por outros homens. Já a violência contra as mulheres é praticada em sua maioria por homens de seu convívio domiciliar. Assim, a violência doméstica é definida como aquela que ocorre dentro do espaço de convívio da mulher. Esta pode se dar entre membros da família ou sem relação parental, no entanto, que convivam em mesmo ambiente domiciliar (BRASIL, 2015).

A violência cometida pelo parceiro íntimo ou marido é umas das maneiras mais comuns de violência contra a mulher. Mulheres de quaisquer grupos sociais, econômicos, religiosos ou culturais estão sujeitas a sofrer esse tipo de violência, podendo ser definida como:

A violência por parceiro íntimo é definida como comportamento dentro de uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados. (OMS, 2012 apud ROSA *et al.*, 2013, p. 83).

Segundo Casique e Furegato (2006), A violência vai variando ao longo do tempo e vai sofrendo intervenções de cada época, contexto e lugares. Algumas violências podem ser consideradas como aceitáveis e outras de forma alguma serão toleradas. A violência sempre existiu nas relações humanas e em cada ato de violência ela apresenta uma particularidade característica da sua época. Com o movimento feminista que se deu no início da metade do século passado, as violências contra as mulheres começaram a ser denunciadas. Os casos de violência que aconteciam dentro das casas já não ficariam mais no esquecimento.

A violência contra meninas e mulheres vai se desenvolvendo pela condição de submissão da mulher em relação a sociedade, elas sofrem violência econômica, física, psicológica, e também o abuso sexual. As formas mais comuns de violência

cometida pelo parceiro íntimo são os abusos psicológicos e relações sexuais forçadas, podendo ocorrer desde a infância até a vida adulta (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Em países industrializados, as formas de violência de gênero não são iguais para todos os casais. Existem pelo menos dois padrões:

1. Uma forma grave e crescente de violência, caracterizada por diversas formas de abuso, terror e ameaças, acompanhadas de comportamentos cada vez mais possessivos e controladores por parte de quem pratica o abuso.
2. Uma forma mais moderada de violência no relacionamento, onde a frustração constante e a raiva ocasionalmente irrompem em agressão física.

A Organização das Nações Unidas diz que a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública devido ao grande impacto sobre a saúde física, mental e sobre a vida social. Ainda para os autores a violência contra a mulher é considerada como uma violação dos direitos humanos (LIMA *et al.*, 2008).

Em relação às consequências da violência, afirmam que mulheres que sofrem violência apresentam sinais e sintomas físicos, psicológicos e sociais como lesões, gravidez indesejada, problemas ginecológicos, traumatismos, comportamentos associados ao medo, isolamento afetivo, dependência emocional, sentimentos de culpabilidade, baixa autoestima, depressão e uso de álcool e outras drogas (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

As mulheres que sofrem violência se tornam mais vulneráveis a novos episódios violentos como, por exemplo, a gravidez indesejada que pode ocorrer quando o parceiro não faz o uso de métodos contraceptivos e não permite que a mulher tenha autonomia para negociar o sexo seguro, tendo como mais uma consequência uma família numerosa que não foi planejada (ZUMA *et al.*, 2009).

A violência contra a mulher pode ocorrer de diversas formas e por diferentes perpetradores. O agressor pode ser um desconhecido, um familiar ou ainda o próprio companheiro (ZUMA *et al.*, 2009).

No estudo feito por Deslandes e colaboradores (2000) em dois hospitais municipais do Rio de Janeiro, dos 72 casos observados 83,3% das agressões

foram praticadas no interior da residência, sendo o marido o agressor na maioria dos casos 41(56,9%). Esses s autores também ressaltam que em geral a porta de entrada para os casos de violência são as emergências, tornando-as muitas vezes o único contato que o usuário terá com o SUS.

A mulher que presenciou violência doméstica na sua infância e adolescência pode relacionar este ato como comum durante toda sua vida, e assim acaba convivendo com a violência como parte "natural" da vida da mulher, culminando na sua baixa autoestima e falta de autonomia para criar mecanismos que contribuam para modificar essa situação (AUDI *et al.*, 2008).

### 3 VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES

Para muitos, a gravidez é um fator de proteção contra a violência, por ser um momento em que a mulher está mais sensível, precisando de atenção e cuidados especiais, porém não é bem assim que acontece. Nesse período, a violência é comum e em muitos casos pode se iniciar, ou até mesmo, se agravar neste período. A violência na gravidez pode ser duas vezes mais comum do que pré-eclampsia, diabetes gestacional e placenta prévia (ZUMA *et al.*, 2009).

Quando a gestante se torna a pessoa de referência da família, assumindo papéis não tradicionais ou quando começam a trabalhar, há maior chance de violência, podendo estar relacionada ao desemprego de seu parceiro. Isto se configura como fator de risco para a violência, assim como há relatos de que esta é maior quando as mulheres começam a trabalhar (SENA, 2014). Em estudo feito em São Paulo foi observado que entre parceiros íntimos que fazem uso do álcool até duas vezes na semana aumenta a chance de ocorrer episódios de violência física, psicológica e sexual. E para aqueles que fazem uso de drogas ilícitas aumentou mais que o dobro a chance de violência física e sexual contra mulheres grávidas (AUDI *et al.*, 2008).

Para mulheres que sofrem violência sexual antes ou durante a gravidez, pode surgir então o desejo de mudar a sua situação, buscando ser uma boa mãe para o bebê e protegê-lo de futuras violências. Sendo assim este momento pode ser de desligamento do agressor ou agravamento da situação (ZUMA *et al.*, 2009).

A violência durante a gravidez pode gerar consequências importantes tanto para o feto quanto para mãe. A mulher pode sofrer hemorragias e interrupção da gravidez, o feto pode nascer prematuro, com maior risco de morte perinatal e baixo peso ao nascer (AUDI *et al.*, 2008).

Outras consequências presentes durante a gravidez, e após, em mulheres que sofreram violência de seus parceiros, tanto física quanto sexual e psicológica são infecções genitais e do trato urinário, início prematuro do trabalho de parto, ou mesmo levarem as mulheres a postergar o início do pré-natal ou realizar menor número de consultas (SENA, 2014).

Por todos esses motivos, entende-se que gravidez não é fator de proteção contra a violência, sendo de grande importância que essas mulheres sejam acolhidas

e direcionadas para unidades de saúde para que sejam acompanhadas (ZUMA *et al.*, 2009).



#### 4 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Pensar em prevenção é um passo importante para a diminuição da violência, que pode ser feita a nível individual ou social, utilizando variados métodos e adaptando a necessidade do alvo da prevenção. Podem ser feitas em forma de campanhas através da mídia, oficinas de conversa, entre outros. Existem três etapas da prevenção, a primária tem o objetivo de evitar que a violência aconteça, a secundária previne que a violência aconteça outra vez já que nesta fase a violência já ocorreu, e a terceira fase tem o objetivo de reduzir a violência a longo prazo, visando controlar e tratar os casos existentes buscando reduzir os efeitos e traumas (ASSIS; AVANCI, 2009).

A promoção da saúde está ligada a prevenção, porem é considerada mais eficaz para a redução das variadas formas de violência. A promoção da saúde tem o objetivo de cuidar e oferecer uma melhor qualidade de vida para o indivíduo, grupo ou população que sofreu algum tipo de violência. Isso consiste em oferecer opções para a melhoria da sua vida no dia a dia. Isso é resiliência, a possibilidade do indivíduo se manter sadio, mesmo vivendo num ambiente que não proporcione saúde mental durante a vida. Para que a resiliência se fortaleça é importante que haja fatores protetores, como apoio familiar, da comunidade, amigos, autoestima e outros (ASSIS; AVANCI, 2009).

As ações de promoção e prevenção devem ser levadas a sério, pois através delas bons resultados são obtidos. Não é tão simples por que alguns tipos de violência já estão enraizadas na sociedade, tornando o trabalho mais difícil e demorado, entretanto é de grande importância criar novas abordagens para atingir a todos, sendo assim o objetivo será alcançado. É importante ter bons aliados para que a violência seja combatida, os serviços de saúde; a comunidade e a escola são importantes apoiadores (ASSIS; AVANCI, 2009).

Um bom argumento para que se faça a prevenção é que é mais barato investir em saúde, educação e trabalho do que sustentar os gastos oriundos da violência (ASSIS; AVANCI, 2009).

## 5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES

A violência contra a mulher é considerada uma violação dos direitos humanos. Essa violência acontece com uma frequência importante em mulheres em idade reprodutiva, causando incapacidade e até a morte. É considerado um problema grave de saúde pública e social (ZUMA *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde estabeleceu em 1998 a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual com a finalidade de acompanhar as políticas criadas para as mulheres.

No mesmo ano foi publicada pela primeira vez a Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência Sexual contra mulheres e adolescentes, reeditada em 2005, e novamente em 2012, com objetivo de auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, e prevendo que as unidades de saúde estejam capacitadas para o atendimento ginecológico e obstétrico de mulheres que sofreram violência sexual (BRASIL, 2012).

Alguns outros mecanismos que contribuem para prevenção da violência contra as mulheres são:

1. as Delegacias Especiais de Atendimento a Mulher (DEAM),
2. a Lei Nº 11.340/06 - Lei Maria da Penha como é conhecida popularmente que cria mecanismos para coibir esse tipo de violência, indicando algumas providências a serem tomadas. Essa lei altera o Código Penal Brasileiro, aumentando em três vezes a pena para as agressões domésticas, fortalecendo, assim, os mecanismos de proteção às mulheres. Prevê prisões em flagrante e extingue penas em dinheiro.
3. a Lei Nº 13.104/15 - Lei do Femicídio, diz respeito a violência contra a mulher pelo fato de ser do sexo feminino. O feminicídio é considerado um crime hediondo, constitui o assassinato de mulheres por violência doméstica ou discriminação de gênero. A Lei do Femicídio prevê penas maiores que as aplicadas em homicídios. Também aumenta a pena do feminicídio de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado durante a gestação ou nos 3 meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; na presença de descendente ou de ascendente da vítima (BRASIL, 2015).

4. A política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, tem base nos princípios propostos pelo Plano Nacional de Políticas para as mulheres já criados, e são eles: de equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, igualdade e respeito à diversidade, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação social (BRASIL, 2011).

Essa política tem como objetivos específicos a redução da violência contra mulheres, incentivo a uma mudança cultural com propagação de valores éticos e atitudes igualitárias, o respeito da valorização de paz e a diversidade de gênero, a garantia e proteção dos direitos das mulheres considerando sempre o contexto social econômico, racial, orientação sexual, geracionais, regional e propiciar atendimento qualificado e humanizado no serviço de saúde (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres possui algumas prioridades em relação à violência contra mulheres, podemos citar que ela irá garantir o cumprimento da Lei Maria da Penha e normas internacionais e nacionais, promover e prevenção da saúde no setor privado e público, atendimento qualificado e atenção à saúde para essas mulheres entre outros (BRASIL, 2011).

Algumas mulheres denunciam o seu agressor, mas é comum logo depois elas retirarem a queixa. Para algumas vítimas a denúncia é interpretada, como um meio de intimidar o parceiro, assustá-lo e estimulá-lo a mudar as atitudes violentas, e a retirada da denúncia visa retomar os laços que foram perdidos com o agressor (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Algumas mulheres denunciam o seu agressor, mas é comum logo depois elas retirarem a queixa. Para algumas vítimas a denúncia é interpretada, como um meio de intimidar o parceiro, assustá-lo e estimulá-lo a mudar as atitudes violentas, e a retirada da denúncia visa retomar os laços que foram perdidos com o agressor (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

## 5.1 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS

Com o crescimento das violências e os seus impactos, o Ministério da Saúde articulou com setores diferenciados tanto da rede privada como com organizações não governamentais, com gestores de nível municipal, estadual e também federal para criação de diversas medidas para enfrentar a violência. Entre as medidas criadas está a Política de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência em 16

de maio de 2001. Essa política estabelece regras e diretrizes atribuindo responsabilidades institucionais e articulação entre os setores. A notificação das violências está entre as suas prioridades (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde publicou Lei nº 10.778, que determina a notificação compulsória de violência contra mulheres nos serviços de saúde pública e privada. No ano de 2006 foi criado o Sistema de Violência e Acidentes (VIVA) composto pela vigilância sentinela e a vigilância contínua (BRASIL, 2016).

A vigilância contínua é aquela que monitora e investiga a violência interpessoal/autoprovocada a partir das notificações deste tipo de violência pelas unidade de saúde. A vigilância sentinela tem como propósito a vigilância das violências e acidentes atendidos em unidades de urgência e emergência. É realizada uma pesquisa por amostragem, por meio de um inquérito em unidades de urgência e emergência, para registro dos atendimentos por violências e acidentes por 30 dias seguidos (BRASIL, 2016).

## 5.2 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS EM NITERÓI

A Coordenação de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (COVIG) desenvolve ações de vigilância epidemiológica no município, como processamento, análise e interpretação de dados de Fichas de Notificação; recomendação de medidas de prevenção; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes. Realiza atividades de vigilância às violências, como recebimento, análise e digitação das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada (FNV) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tem ainda como atribuição organizar e participar de reuniões regionais que discutem os casos e abordagens das situações de violência com a rede de apoio social (Núcleo de Atendimento Especializado da Criança e do Adolescente - NAECA, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Conselho Tutelar), um atendimento intersetorial visando à integralidade e continuidade da atenção às vítimas de violência. A COVIG envia semanalmente as informações recebidas para a Secretaria Estadual de Saúde, que as envia ao Ministério da Saúde, visando o planejamento e implementação de ações de caráter estratégico, o direcionamento de políticas públicas, e organização da rede

de atenção a saúde. Em 2014 foi elaborado um informe epidemiológico sobre violências.

### 5.3 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA EM NITERÓI

Nos anos de 2013, 2014 e 2015 foram notificadas no município de Niterói, 1.171 episódios de violência em mulheres, crianças, homossexuais e idosos (Tabela 1), em algumas delas, as vítimas residiam em municípios vizinhos (Itaboraí, Rio de Janeiro e Rio Bonito). Observa-se um aumento das notificações a cada ano, sendo mais expressivo de 2014 para 2015 (Tabela 1).

**Tabela 1 - Episódios de violência interpessoal/autoprovocada, segundo município de residência da vítima, notificados em Niterói, de 2013 a 2015**

<b>Mun US Noti RJ</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Itaboraí</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Niterói</b>	<b>301</b>	<b>303</b>	<b>536</b>	<b>1140</b>
<b>Rio Bonito</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>29</b>
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>320</b>	<b>541</b>	<b>1171</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Com relação às notificações de violência, feitas por unidades de saúde situadas em Niterói, observa-se um aumento das notificações em 2015 (Tabela 1). Esse crescimento pode ser explicado pela sensibilização dos profissionais de saúde entendendo a importância de notificar as situações de violência, e o consequente aumento das notificações, mas não necessariamente, a elevação da ocorrência de violências.

**Tabela 2 - Frequência das notificações de violência física, sexual, psicológica e negligência, em Niterói, de 2013 a 2015**

TIPO DE VIOLÊNCIA	2013	2014	2015	Total
<b>FÍSICA</b>	<b>171</b>	<b>198</b>	<b>361</b>	<b>730</b>
<b>NEGLIGÊNCIA</b>	<b>108</b>	<b>53</b>	<b>101</b>	<b>262</b>
<b>PSICOLÓGICA</b>	<b>73</b>	<b>76</b>	<b>101</b>	<b>240</b>
<b>SEXUAL</b>	<b>76</b>	<b>66</b>	<b>51</b>	<b>193</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Durante os anos analisados, prevaleceu a violência física, seguida pela negligência. Observa-se na tabela 2 que a violência física tem um número mais elevado de casos nos três anos estudados em relação aos outros tipos de violência, sendo seguido pelos casos de negligência nos anos de 2013 e 2015. Esses casos de negligência elevados podem ser explicados pelo número de notificações dos acidentes com motocicletas envolvendo os adolescentes, no qual os pais são considerados responsáveis.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar as situações de violência contra a gestante como um problema de saúde pública a partir da análise das notificações de violência contra gestantes em Niterói de 2013 a 2015.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as situações de violência contra mulheres gestantes notificadas em Niterói nos anos de 2013, 2014 e 2015;
- Identificar possibilidades de atuação do setor saúde frente à violência contra gestantes.

## 7 METODOLOGIA

Este trabalho está vinculado ao projeto de pesquisa “Avaliação e monitoramento da vigilância contínua de violências em municípios do estado do Rio de Janeiro” o qual tem como responsável a professora Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) parecer nº 554.083 em 14/03/2014. No decorrer deste projeto, tive oportunidade de realizar atividades práticas junto a Coordenação de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (COVIG/FMSN), onde atuei na vigilância às violências. As atividades foram semanais, tendo sido analisadas as fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovoada, com intuito de avaliar o preenchimento e logo depois digitá-las no SINAN, facilitando uma melhor compreensão das informações dos casos ocorridos. Esta vivência contribuiu para a escolha do tema de estudo.

Em Niterói quando a notificação de violência interpessoal/autoprovoada é feita ela é enviada para a unidade central que em Niterói é a COVIG. Neste setor os técnicos analisam as fichas observando com atenção cada campo preenchido, com o intuito de investigar a história daquela violência e da pessoa que sofreu a violência. Esta análise da ficha é importante para que caso falte alguma informação, os responsáveis pelo recebimento da ficha possam procurar o estabelecimento de saúde que encaminhou a ficha até a COVIG em busca de mais detalhes sobre a história. Depois deste processo as informações da ficha são transferidas para o SINAN. Depois dessa etapa as fichas são encaminhadas para as unidades de saúde onde o usuário notificado reside, para que tenha um acompanhamento adequado a sua necessidade.

Nesta monografia, são utilizados dados do município de Niterói referentes aos anos de 2013, 2014 e 2015, extraídos do SINAN da COVIG/FMSN. Para a elaboração de tabelas, gráficos e análise dos dados, foram utilizados os programas Tabwin, e Excel. Nesses anos foram notificados em Niterói, 1.171 episódios de violência em mulheres crianças, homossexuais e idosos.

A população de interesse neste estudo são as mulheres grávidas na faixa etária de 10-49 anos de idade notificadas pelo município de Niterói através da



COVIG. As variáveis analisadas são: raça/cor, escolaridade das mulheres grávidas, autor da violência, município de residência da mulher grávida, recorrência da violência, estupro, tipos de violência, faixa etária e sexo do agressor, faixa etária e idade gestacional, violência autoprovocada e local de encaminhamento.

Neste trabalho foram extraídos dados da COVIG referentes ao dia 18 de janeiro de 2016, tendo como foco das análises os anos de 2013, 2014 e 2015.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 1171 registros no período investigado, 526 se referem a mulheres de 10 a 49 anos (idade reprodutiva), destas, 64 estavam grávidas (12%), a maioria residente no município de Niterói (78%). A tabela 3 apresenta as notificações de mulheres grávidas que sofreram violência e que foram notificadas no município de Niterói de 2013 a 2015. Em 151 notificações a informação sobre gravidez (campo 14 da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada) se encontrava ignorado/em branco (28,7%).

**Tabela 3 - Frequência de notificações de violência em mulheres grávidas segundo município de residência, Niterói, 2013 a 2015**

<b>Município de Residência</b>	<b>Frequência</b>
<b>Itaboraí</b>	<b>1</b>
<b>Maricá</b>	<b>1</b>
<b>Niterói</b>	<b>50</b>
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>1</b>
<b>São Gonçalo</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016,

A tabela 4 mostra um número importante de mulheres grávidas que sofreram violência na faixa etária de 20-29 anos, sendo que o primeiro e segundo trimestre apresentam mais casos, totalizando 24 registros. Logo em seguida a faixa etária de 15-19 anos também apresenta um número importante de casos, sendo o primeiro trimestre mais expressivo do que os demais, tendo 10 casos registrados. Observamos que a faixa etária de 10-19 anos apresenta um número importante de

casos registrados de violência, caracterizando assim como uma faixa etária vulnerável.

**Tabela 4 - Notificações de violência contra mulheres grávidas, segundo faixa etária e idade gestacional, em Niterói, de 2013 a 2015**

<b>FxEtaria</b>	<b>1º Trimestre</b>	<b>2º Trimestre</b>	<b>3º Trimestre</b>	<b>Id. gest. lgn</b>	<b>Total</b>
<b>10 a 14</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>3</b>	<b>0 6</b>
<b>15 a 19</b>	<b>10</b>	<b>4</b>		<b>2</b>	<b>2 18</b>
<b>20 a 29</b>	<b>10</b>	<b>14</b>		<b>3</b>	<b>2 29</b>
<b>30 a 39</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>3 9</b>
<b>40 a 49</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>0</b>	<b>0 2</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>23</b>		<b>9</b>	<b>7 64</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Em um estudo feito no município de Campinas (SP) com 1.379 mulheres grávidas constatou-se que 225 (16,3%) dessas mulheres relataram sofrer violência psicológica, 79 (5,7) sofreram violência física, e 18 (1,3%) violência sexual e. Essas informações foram obtidas na primeira entrevista. Quando feito a segunda entrevista com mulheres com menos de 28 semanas de gestação e que não mencionaram violência na primeira entrevista foi observado 114 (8,3%) relatos de violência psicológica, 24 (1,7%) de violência física e 11 (0,8%) de violência sexual. A partir dessas informações observou-se uma prevalência de 19,1% de violência psicológica (n=263) e 6,5% (n=89) de violência física/sexual (n=806) (AUDI *et al.*, 2008).

**Tabela 5 - Notificações de violência contra mulheres grávidas, segundo faixa etária e sexo do agressor, em Niterói, nos anos de 2013, 2014 e 2015**

<b>Faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Ambos os sexos lgn</b>	
<b>10-14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
<b>15-19</b>	<b>8</b>	<b>7</b>		<b>1 2</b>
<b>20-29</b>	<b>20</b>	<b>2</b>		<b>1 6</b>
<b>30-49</b>	<b>8</b>	<b>0</b>		<b>1 8</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>10</b>		<b>5 10</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Em concordância com a literatura, observa-se que as grávidas foram agredidas por pessoas de ambos os sexos, com predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias, e maior frequência na faixa etária de 20-29 anos. Chama atenção seis episódios em que os agressores possuíam entre 10 e 14 anos (tabela 5).

**Tabela 6 - Autores de violência contra gestantes, nos episódios notificados em Niterói, de 2013 a 2015**

<b>Autor</b>	<b>Nº</b>
<b>Cônjuge</b>	<b>18</b>
<b>Ex-cônjuge</b>	<b>1</b>
<b>Namorado</b>	<b>3</b>
<b>Ex-namorado</b>	<b>2</b>
<b>Mãe</b>	<b>10</b>
<b>Pai</b>	<b>5</b>
<b>Irmão</b>	<b>1</b>
<b>Amigo</b>	<b>3</b>
<b>Outros Vínculos</b>	<b>3</b>
<b>Desconhecido</b>	<b>10</b>
<b>Agentes da lei</b>	<b>1</b>
<b>Própria pessoa</b>	<b>5</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

O cônjuge aparece como o principal agressor das mulheres grávidas (n=18), sendo seguido por desconhecidos e a mãe (n=10). A própria pessoa foi autora da agressão em cinco episódios, assim como o pai (tabela 6).

De acordo com um estudo feito numa maternidade terciária de Pernambuco, foi registrado que as mulheres que viviam em uma união consensual tinham mais risco de sofrer violência, chegando a ser 77% em relação as mulheres casadas.

Esse estudo ainda ressalta que existem mais riscos de mulheres grávidas sofrerem violência por parceiros sem trabalho remunerado (mais de duas vezes) e com baixa escolaridade (mais de oito vezes). O estudo ainda diz (de acordo com as estimativas do Banco Mundial) que existem mais chances das mulheres sofrerem violência por parceiros com quem estão se relacionando do que por estranhos ou ex-parceiros (mulheres em geral) (MENEZES *et al.*, 2003).

**Tabela 7 - Frequência de notificações de violência em gestantes segundo a raça/cor da vítima, nos anos de 2013, 2014 e 2015, em Niterói**

<b>Branca</b>	<b>21</b>
<b>Preta</b>	<b>20</b>
<b>Parda</b>	<b>16</b>
<b>Amarela</b>	<b>1</b>
<b>Ignorados/Branco</b>	<b>6</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

As mulheres grávidas que mais sofreram violência de acordo às notificações foram as brancas, logo em seguida as pretas, mas com uma diferença mínima, e as pardas ocuparam a terceira posição. O conjunto de mulheres pretas e pardas, apresenta um número elevado de situações de violência, representando mais da metade das notificações de violência contra gestantes em Niterói, no período investigado (56,2%), sendo assim podemos considerar esse grupo como mais vulnerável a violência na gravidez. No conjunto de mulheres em idade reprodutiva que sofreram violência (n=526) a cor branca também predominou (n=160), seguido pela cor parda (n=147) e em terceiro a cor preta (n=103). No entanto em 21% (n=112) dos registros a cor aparece como ignorada/branco, enquanto, entre as gestantes, a proporção de ignorado/em branco foi de 9%.

**Tabela 8 - Frequência de violência em mulheres grávidas segundo a sua escolaridade, notificadas no município de Niterói nos anos de 2013-2015**

<b>1ª a 4ª série do EF</b>	<b>6</b>
<b>5ª a 8ª série do EF</b>	<b>9</b>
<b>Ensino médio</b>	<b>8</b>
<b>Educação superior</b>	<b>4</b>
<b>Ign/branco</b>	<b>37</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

De acordo com a tabela 8, nove mulheres com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental completo/incompleto sofreram violência durante a gestação 9 casos, seguido por mulheres no ensino médio completo/incompleto com 8 casos. Chama atenção o número de ignorado/branco (n=37), atingindo a proporção de 58% das notificações de violência contra gestantes, mostrando que a ficha de violência interpessoal/autoprovocada não foi preenchida como o instrutivo orienta. A ocorrência de quatro notificações de violência contra mulheres grávidas com ensino superior fortalece a constatação de que a violência contra as mulheres está presente em todos os estratos sociais (tabela 8).

Em um estudo feito em Campinas (SP) com mulheres grávidas na faixa etária de 24 anos de idade, foi constatado que 1,0% das que sofreram violência tinham ensino superior e 47,1% delas apresentavam ensino fundamental ( Audi et. Al. 2008).

Outro estudo feito em Pernambuco constatou que mulheres grávidas com escolaridade mais baixa (0-3) tinham maior risco de sofrer violência, podendo ocorrer 10 vezes mais se comparado às que mulheres com alta escolaridade de 11 anos ou mais (MENEZES *et al.*, 2003).

**Tabela 9 - Frequência de violência em mulheres grávidas, segundo recorrência dos episódios, notificados no município de Niterói nos anos de 2013-2015**

Faixa etária	Ig/Branco		Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-14	4	66,6	1	16,6	1	16,6	6	9,3
15-19	7	38,8	1	5,5	10	55,5	18	28
20-29	9	31	9	31	11	37,9	29	45
30-49	4	36,3	5	45	2	18	11	17
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>37,5</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>37,5</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Com relação a recorrência, destaca-se a faixa etária de 30-49 com 45% de recorrência (n=5) entre os episódios notificados nesta faixa etária (n=11). Na faixa etária de 20-29, onde ocorreu a maioria dos casos (n=29) a recorrência se deu em 31% (n=9) (tabela 9). Mais uma vez, a elevada proporção de ignorados (37,5%) prejudica a interpretação do dado, no entanto, entre os registros que trazem a informação (n=40) a proporção de recorrência atinge 40% das notificações (n=16).

Garcia e Schraiber (2007) constataram em estudo feito em São Paulo/SP que um número importante de mulheres grávidas relatou sofrer por mais de uma vez violência, sendo a psicológica (14,1%) a com maior recorrência, seguida das violências sexual (5,1%) e física (5,1%).

**Tabela 10 - Frequência de estupro em mulheres grávidas segundo faixa etária, notificadas no município de Niterói nos anos de 2013-2015**

Fx Etaria	Sim	Não	Não se aplica
10 a 14 anos	1	0	5
15 a 19 anos	0	0	18
20 a 29 anos	8	2	19
30 a 49 anos	3	0	8

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

Ocorreram, 12 notificações de estupro em mulheres grávidas, sendo um com a vítima na faixa etária de 10 a 14 anos, oito na faixa etária de 20-29 anos e três em mulheres de 30 a 49 anos (tabela 10). Segundo o instrutivo o não se aplica refere-se a homens e meninas que ainda não tem idade para engravidar, portanto, podemos considerar como erros de preenchimento (inconsistências) os registros de não se aplica com relação a frequência de estupro em mulheres grávidas (BRASIL, 2015).

A frequência de violência autoprovocada em mulheres grávidas segundo sua tipologia, nos anos de 2013 a 2015 tem como destaque a violência física com 2 casos, seguida por negligência e outras violências, ambas com um caso apenas. As situações de violência autoprovocada em mulheres grávidas demandam uma investigação e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde, no sentido de apoiar e ajudar esta mulher. Uma possibilidade a ser investigada é a ocorrência de situações de violência contra a mulher subjacente à ocorrência de violência autoprovocada.

**Tabela 11 - Frequência dos encaminhamentos de mulheres grávidas que sofreram episódios de violência notificados no município de Niterói nos anos de 2013, 2014 e 2015**

	Ing/Branco	Sim	Não
<b>Centro de Referência da mulher</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
<b>Centro de Assistência Social</b>	<b>45</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>Conselho Tutelar</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Delegacia da Mulher</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Outras Delegacias</b>	<b>45</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
<b>Setor Saúde</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>-</b>

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN, 18 de janeiro de 2016.

A tabela 11 registra para onde as mulheres grávidas vítimas de violências notificadas foram encaminhadas. O Setor Saúde é o local que apresentou maior registro de encaminhamentos (11), seguido pelo Centro de Referência da Mulher (10). Nesta tabela é possível visualizar muitos ignorados/branco, sendo assim



perdem-se informações importantes sobre a usuária e para onde ela teria sido direcionada.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres ainda sofrem bastante com os diversos tipos de violência, esta quando atinge o indivíduo logo se reflete em todos os níveis da saúde pública, sendo assim é essencial a criação de políticas de saúde direcionadas às mulheres para que se compreenda quais são as causas que levam a violência (CASIQUE; FUREGATO, 2006). Com as políticas já criadas é de grande necessidade a prática das mesmas para que as mulheres grávidas possam ser atendidas e acolhidas da melhor maneira possível. Atualmente temos políticas importantes já criadas, para atender mulheres em geral de acordo com as suas necessidades.

É fundamental para os profissionais envolvidos na elaboração das políticas de saúde e na execução das ações de saúde, até o momento da notificação, entender a necessidade de notificar e encaminhar de maneira adequada a mulher grávida. Pois com este processo a mulher entenderá que notificar irá garantir um cuidado melhor tanto dela quanto do feto.

O acolhimento e a escuta pode ser um fator importante de cuidado, pois a mulher, ao perceber que pode contar com pessoas dispostas a ajudá-la, pode se sentir mais motivada a mudar sua realidade. O fato de o profissional estreitar o vínculo com famílias vulneráveis à violência doméstica, também pode colaborar para diminuir os abusos por parte do companheiro, que percebe que a mulher não está só e que seu comportamento é conhecido por outros.

Outra questão importante que não deve ser esquecida são os homens que participam de todo o processo da violência como autor Njaine (2009) diz que dar atenção a esses homens não quer dizer tirar a responsabilidade pelo seu ato, mas permitir que o mesmo tenha oportunidade de refletir sobre a violência cometida.

Para os homens o poder, a sexualidade incontrolada, a agressividade, podem estar na criação de sua identidade, sendo assim eles costumam seguir o padrão de masculinidade dominante, como forma de atestar a sua masculinidade. No entanto isso não quer dizer que não exista outro padrão a ser seguido (NJAINE, 2009).

A partir disso podemos compreender como é importante falarmos desses homens, os quais passam por todo o processo de violência e muitas vezes não são assistidos de forma adequada. O processo de reflexão pode fazer esses homens entenderem que existem maneiras diferentes de resolverem conflitos e viver em

harmonia, mas isso não quer dizer que ele estará livre do processo judicial. Falar desses homens é de extrema relevância para que se construa um ambiente saudável tanto no seio da família como no ambiente social.

Mas para que as informações cheguem até o profissional e dessa forma possa entender todo o contexto daquela violência é preciso atentar para a importância da ficha da violência interpessoal/autoprovocada.

O mau preenchimento das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada é algo bem frequente. Muitas fichas chegam a COVIG com muitos campos ignorados ou em branco, isso dificulta no entendimento da história da mulher que foi agredida. Isso pode se dar por falta de capacitação do profissional responsável pelo preenchimento das fichas. Outro fato importante de ressaltar sobre o mau preenchimento dessas fichas, é quando a mesma é preenchida através do boletim de emergência, consequentemente muitos campos ficarão em branco.

Uma alternativa para reduzir campos em branco ou ignorado seria um treinamento para orientar os profissionais que preenchem essa ficha, e mostrar a importância de um bom preenchimento da mesma através do instrutivo que é produzido pelo Ministério da Saúde.

A ficha de violência interpessoal/autoprovocada foi essencial para a obtenção de dados para este trabalho, através deste processo entendemos o que acontece com algumas mulheres grávidas do município de Niterói. Sendo assim compreendemos que todo o processo da violência não é algo fácil e nem rápido de ser resolvido, é uma situação que exige cuidado e atenção. Mostrar a essas mulheres grávidas que sua condição de vítima pode ser mudada, mostrar a essas mulheres que elas podem viver uma vida mais tranquila e sem conflitos, é papel dos profissionais de saúde, mas também do conjunto da sociedade.

Precisamos, como sociedade e indivíduo, criar um ambiente social e familiar harmônico para essas mulheres que nem sabem da sua capacidade de se reinventar. Estar atentos sempre às necessidades das mesmas apoiando e respeitando cada etapa de sua vida.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre o risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo de Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Presidência da República, 2011.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 ago. 2006. Seção 1, p. 1.
- CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.
- CHALANA, D. S. **Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- DESLANDES, S. F. *et al.* 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.
- DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, 2007.
- LIMA, D. C. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.
- MENEZES, T. C. *et al.* Violência física doméstica e gestão: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309-316, jun. 2003.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

ROSA, D. O. A. *et al.* A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **FEMINA**, v. 41, n. 2, 2013.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 23.769, de 6 de agosto de 1985. Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher. **Jusbrasil**, c2017. Disponível em: <<https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/194816/decreto-23769-85>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 5, 1999.

ZUMA, C. E. *et al.* Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09		
	3	Data da notificação				
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outras				
7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9		
8	Unidade de Saúde		Código (CRES)	Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	10	Nome do paciente			11	
	11	Data de nascimento				
	12	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13	Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	14	Gestante		1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Inadequada gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	15	Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado				
16	Escolaridade <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
17	Número do Cartão SUS		18			
18	Nome da mãe					
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	
	21	Distrito				
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)	
	24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)	Código
	26	Geo campo 1				
	27	Geo campo 2				
	28	Ponto de Referência				
	29	CEP				
	30	(DDD) Telefone		31	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	32	País (se residente fora do Brasil)				
<b>Dados Complementares</b>						
Dados de Pessoas Afetadas	33	Nome Social		34		
	34	Ocupação				
	35	Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36	Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		37	Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1 - Travesti 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	38	Possui algum tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
39	Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	42	Distrito				
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)	
	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)	Código
	47	Geo campo 3				
	48	Geo campo 4				
	49	Ponto de Referência		50	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
01 - Residência	04 - Local de prática esportiva	07 - Comércio/serviços	54	A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
02 - Habitação coletiva	05 - Bar ou similar	08 - Indústrias/construção				
03 - Escola	06 - Via pública	09 - Outro				
		99 - Ignorado				



<b>Violência</b>	55 Essa violência foi motivada por: 01-Dixismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Violência Sexual</b>	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) da lei <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento a Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
<b>Dados finais</b>	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi enviada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	69 Data de encerramento _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	
(DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			



## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

INSTITUTO DE ESTUDOS EM  
SAÚDE COLETIVA - IESC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação e monitoramento da vigilância contínua de violências em municípios do estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17436613.0.0000.5286

**Instituição Proponente:** INSTITUTO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 554.063

**Data da Relatoria:** 12/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

A implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) pelo Ministério da Saúde é resultado do esforço conjunto de profissionais, pesquisadores e gestores para organizar e estruturar as ações de enfrentamento da violência no âmbito do SUS, de modo articulado às outras esferas do poder público e da sociedade. Em 2009 o componente de vigilância contínua da violência doméstica, sexual e outras violências foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Além disso, a atenção às pessoas em situação ou risco de violência constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida, com o objetivo de ampliar a Rede de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) nos estados e municípios; e de ampliar a cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências. Este projeto tem como objetivo geral avaliar, monitorar e contribuir para a melhoria da qualidade das informações provenientes das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em municípios do estado do Rio de Janeiro, considerados prioritários para atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência em 2010 e 2011, segundo o Pacto pela Vida. Trata-se de pesquisa estratégica e avaliativa com utilização de técnicas e procedimentos de avaliação de programas. Constitui uma avaliação de processo tendo como objeto o planejamento, a implementação e o desenvolvimento das atividades

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária  
 Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-596  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2596-9293 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.jesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 554.083

relativas à Vigilância às Violências.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar, monitorar e contribuir para a melhoria da qualidade das informações provenientes das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, em municípios do estado do Rio de Janeiro, considerados prioritários para atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência em 2010 e 2011, segundo o Pacto pela Vida.

**Objetivo Secundário:**

1 - Realizar um diagnóstico situacional dos registros referentes às notificações de violência doméstica, sexual e outras violências nos municípios do estado do Rio de Janeiro considerados prioritários para a implantação da Vigilância às Violências e Acidentes (VIVA) e integrantes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

2 - Descrever o processo de identificação, notificação e fluxo das notificações de violência interpessoal nos municípios do estado do Rio de Janeiro considerados prioritários para a implantação da Vigilância às Violências e Acidentes (VIVA) e integrantes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

3 - Monitorar a chegada das informações sobre pessoas em situação de violência interpessoal, através da Ficha de Notificação e Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências; a digitação, consolidação e análise das notificações nos municípios do estado do Rio de Janeiro considerados prioritários para a implantação da Vigilância às Violências e Acidentes (VIVA) e integrantes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

4 - Avaliar o processo de implantação da Vigilância Contínua às Violências nos municípios do estado do Rio de Janeiro considerados prioritários para a implantação da Vigilância às Violências e Acidentes (VIVA) e integrantes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária  
 Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2596-9293 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cap.iesc@gmail.com

INSTITUTO DE ESTUDOS EM  
SAÚDE COLETIVA - IESC



Continuação do Parecer: 554.003

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

O pesquisador informa que o estudo é de baixo risco.

**BENEFÍCIOS:**

Espera-se contribuir para a melhoria do processo de coleta, processamento, análise e divulgação das informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências, favorecendo a formulação de estratégias de prevenção e enfrentamento desses eventos, ações que transcendem o setor saúde; bem como para o planejamento e execução da atenção, recuperação e reabilitação das vítimas, ações de competência precípua do setor saúde.

Este estudo permitirá o aprimoramento de estratégias de parceria entre as instituições acadêmicas envolvidas no projeto e as secretarias de saúde estadual e municipal, no que diz respeito à vigilância contínua às violências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou as Autorizações das SMS, e demais alterações que se encontravam pendentes.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Préfabris Universitárias  
 Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2596-9293 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

INSTITUTO DE ESTUDOS EM  
SAÚDE COLETIVA - IESC



Continuação do Parecer: 554.003

RIO DE JANEIRO, 12 de Março de 2014.

Assinado por:

**MARISA PALACIOS DA CUNHA E MELO DE ALMEIDA REGO**  
(Coordenador)

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Profetura Universitária  
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-9293 Fax: (21)1270-0097 E-mail: [ciejesc@gmail.com](mailto:ciejesc@gmail.com)

Página 01 de 04