



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Marciane Gonçalves Maciel

**CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES ADULTAS
NOTIFICADAS EM SANTA CATARINA -2008 a 2014**

Florianópolis

2018

Marciane Gonçalves Maciel

**CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES ADULTAS
NOTIFICADAS EM SANTA CATARINA -2008 a 2014**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Rubia Lindner.

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maciel, Marciane Gonçalves
Características da violência física em mulheres
adultas notificadas em Santa Catarina - 2008 a
2014. / Marciane Gonçalves Maciel ; orientador,
Sheila Rubia Lindner, 2018.
46 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

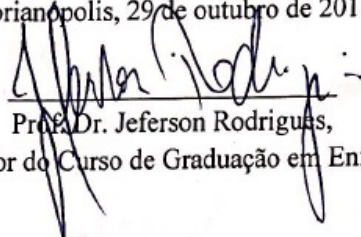
1. Enfermagem. I. Lindner, Sheila Rubia. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Marciane Gonçalves Maciel


**CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES ADULTAS
NOTIFICADAS EM SANTA CATARINA -2008 a 2014**


Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.


Florianópolis, 29 de outubro de 2018.


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Sheila Rubia Lindner.
Orientadora e Presidente


Prof.ª Dr.ª Eiza Berger Salema Coelho.
Membro Efetivo


Dr.ª Carolina C. Bolsoni.
Membro Efetivo

*À minha mãe Rosineth que sempre me guiou pelo
caminho da bondade, da empatia e do amor ao
próximo.*

*À minha avó Maria do Socorro meu exemplo de
bondade, paciência e amor.*

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, por entender minhas escolhas, acreditar no meu potencial e me mostrar a importância do conhecimento científico, grata sou por todo apoio e pelos ensinamentos, eles me permitiram alçar grandes voos.

Ao meu amor Bruno, por estar ao meu lado durante esta trajetória me apoiando e incentivando, obrigada pela parceria e companheirismo.

As amigas Michelly, Jessica e Daniela, pela amizade e companheirismo, vocês tornaram a caminhada mais leve e divertida.

A todos os meus amigos que mesmo distante se fazem presente de acordo com as possibilidades e se alegram com as minhas conquistas.

A minha avó Maria do Socorro que com seu jeito tímido e tranquilo me ensina tanto sobre o amor ao próximo, obrigada por todo cuidado prestado a mim, sou grata por sua existência.

A minha orientadora Sheila Rubia Lindner, por me acolher carinhosamente, pela contribuição nesta pesquisa e por me proporcionar mergulhar no universo da temática estudada.

A Universidade Federal de Santa Catarina por toda contribuição à minha vida acadêmica e pessoal, em especial aos professores do curso de graduação em Enfermagem, grata sou pelos ensinamentos.

Em especial às professoras Juliana Balbinot, Luciana Rosa e Roberta Costa por todas as orientações, paciência e dedicação prestadas a nós durante o desenvolvimento das disciplinas TCC I e TCC II que muito nos auxiliou no decorrer do desenvolvimento de nosso trabalho de pesquisa.

A todos os pacientes e familiares a quem tive a oportunidade de prestar cuidados e compartilhar do dia a dia nas instituições de saúde por onde passamos, são muitas histórias, aprendizados e o coração cheio de gratidão, obrigada pela confiança e carinho.

Encerro esta etapa de minha formação com o coração repleto de gratidão, feliz por ter escolhido uma profissão apaixonante e que faz meus olhos brilharem e se encantarem pela arte do cuidar. Foi uma caminhada árdua, de grandes aprendizados que transcendem para além de minha formação enquanto futura enfermeira, cresci, estou mais forte e segura.

MACIEL, Marciane Gonçalves. Características da violência física em mulheres adultas notificadas em Santa Catarina- 2008 a 2014. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso –Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
Orientadora: Profa. Dra: Sheila Rubia Lindner.

RESUMO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e acarreta diversos prejuízos à saúde das mulheres impactando seu bem estar físico e psicológico. O reconhecimento e entendimento desta problemática é importante para que sejam subsidiadas ações que contribuam o enfrentamento e acolhimento das mulheres em situação de violência nas instituições de saúde. Desse modo, este estudo teve como objetivos: descrever a prevalência de violência física notificadas em mulheres adultas no estado de Santa Catarina; identificar o perfil das mulheres adultas que sofreram violência física; identificar o perfil do possível autor da violência. Trata-se de um estudo ecológico, de caráter descritivo de série temporal com dados secundários de notificação de violência física cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do estado de Santa Catarina. Fizeram parte deste estudo notificações de violência física contra mulheres adultas de 20 a 59 anos, notificadas no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014. Tendo como critério de exclusão as notificações de violência física contra mulheres de 60 anos e mais, não residentes em Santa Catarina. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) segundo variáveis de exposição. Utilizou-se o programa estatístico *Stata (Stata Corp College Station, Estados Unidos)* versão 13.0 As informações tiveram a confidencialidade e os resultados seguiram o rigor científico da investigação. Desta forma foram respeitados os preceitos éticos propostos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde (CNS). Este tipo de estudo dispensou a avaliação de comitê de ética em pesquisa por tratar-se de banco de dados secundário. Em Santa Catarina foram notificadas 11.360 casos de violência física contra mulheres no período de 2008 a 2014, sendo a maioria delas jovens na faixa etária de 20-29 anos (37,73%), brancas (84,16%), possuindo escolaridade de 5-8 anos de estudos (37,83%), casadas ou em união consensual (57,05%). As mulheres sofreram violência física por agressor único parceiro íntimo (48,33%), estando sob suspeita do uso de álcool 41,39%, as agressões ocorreram no domicílio 74,96%, o principal meio de agressão cometido contra elas foi a força corporal/ espancamento 70,28%. O estudo revelou elevados números de violência física contra mulheres notificadas em Santa Catarina. Portanto, evidencia-se a importância de os profissionais de saúde estarem sensibilizados e capacitados para identificarem as situações de violência para assim realizarem uma abordagem adequada.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Violência contra a Mulher. Notificação Compulsória.

LISTA DE TABELAS

Tabela -1 Característica sociodemográficas das mulheres adultas que sofreram violência física. Santa Catarina 2008-2014.....	31
Tabela -2 Características da Violência Física em mulheres adultas Santa Catarina 2008-2014.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis relacionadas à mulher agredida.....	26
Quadro 2 – Variáveis relacionadas à agressão.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DEAM – Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LMP – Lei Maria da Penha

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

SC – Santa Catarina

FIESC – Federação das Indústrias de Santa Catarina

PNS – Política Nacional de Saúde

VD – Violência Doméstica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	15
3.2 VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES.....	17
3.3 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES.....	18
3.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA EM MULHERES.....	19
3.5 NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA EM MULHERES NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	21
3.6 PERFIL DO AUTOR DE AGRESSÃO.....	23
4 MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.4 VARIÁVEIS.....	26
4.5 COLETA DOS DADOS.....	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7 CUIDADOS ÉTICOS.....	28
5 RESULTADOS	29
5.1 MANUSCRITO: CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA A MULHER NO ESTADO DE SANTA CATARINA. 2008-2014.....	29
CONCLUSÃO.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/outras Violências Interpessoais.....	42
ANEXO B – Ficha de Notificação de Violência interpessoal /Autoprovocada.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2002) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, contra si próprio, contra outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência é um problema global e ocorre em todo o mundo, apenas a prevalência difere-se de um país para o outro. Em estudo realizado pela OMS (2013) com mulheres de 15 a 49 anos de diversos países, de 15% a 71 % delas relataram ter sido vítimas de violência física ou sexual ao longo de sua vida.

Dados do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes, revelaram que no Brasil, em 2011 foram notificados 113.643 casos de violência, destes 75.633 (66,6%), ocorreram em mulheres, sendo a maior ocorrência na faixa etária de 20 a 29 anos (23,5%), seguidas das de 30 a 39 anos (17,5%) e de zero a 9 anos (15,9%). E o tipo de violência, predominante nos atendimentos foram decorrentes de agressão física (64,5%), violência psicológica/moral (25,2%) e violência sexual (18,8%).

Em 2014, de acordo com o VIVA /Inquérito realizado em 11 capitais brasileiras 89% dos atendimentos registrados por violência nos serviços sentinelas de urgência e emergência foram decorrentes de agressões, a maior proporção de atendimentos na população feminina foi de 48,4%, na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo predominante a ocorrência de agressão na via pública (40,4%) e domicílio (35,1%).

A violência impacta a vida das mulheres e pode gerar prejuízos físicos e psicológicos. A Organização Mundial de Saúde em suas diretrizes e recomendações para prática clínica voltada a mulheres vítimas de violência doméstica e sexual (2013) estabelece que há relação entre a violência e surgimento de algumas afecções clínicas, sendo elas: depressão, ansiedade, transtorno do sono, propensão ao suicídio, abuso de substâncias psicotrópicas, consumo de álcool, cefaléia, disfunção sexual, infecções do sistema urinário, dentre outros.

A partir da estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em 2004 pelo Ministério da saúde e também com o estabelecimento da obrigatoriedade da notificação dos casos de violência conforme disposto na portaria GM/2.406/2004, ações em prol desta problemática passaram a ser viabilizadas com o intuito de prevenir e combater a violência.

Com a promulgação da Lei 10.788/2003 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados, reitera-se a importância e a responsabilização das instituições de saúde neste

processo, cabendo aos profissionais de saúde a realização da notificação conforme explicitado no parágrafo 5º desta lei, assim como, durante a abordagem prestar um atendimento resolutivo, ético visando o cuidado e a proteção do usuário acolhido (BRASIL, 2017, p. 6)

O interesse em investigar a temática pesquisada surgiu a partir do contato prévio por meio de leituras que suscitaram o desejo em aprofundar os estudos acerca da temática, assim como contribuir com a produção do conhecimento científico neste campo, uma vez que são escassos os estudos que sobre violência física a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Considerando a relevância da temática, os impactos da violência física em mulheres, a obrigatoriedade e importância da notificação compulsória dos casos pelas instituições de Saúde é que optamos por abordá-la e investigar suas características no estado de Santa Catarina, contribuindo assim para o conhecimento da realidade deste estado além de suscitar discussões e trazer contribuições para elaboração de ações que visem o combate e enfrentamento da violência em mulheres.

Sendo assim foi estabelecida como questão de pesquisa: Quais as características da violência física em mulheres adultas que foram notificadas no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2014?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever as características relacionadas à violência física cometida contra mulheres adultas notificadas em Santa Catarina nos anos de 2008 a 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência de violência física notificadas no estado de Santa Catarina.
- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres adultas que sofreram violência.
- Identificar o perfil do provável autor de agressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a sustentação teórica do estudo realizou-se a busca de artigos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), na Biblioteca Virtual de saúde (BVS), e no Portal de Periódicos da CAPES, utilizando os seguintes descritores: violência doméstica; violência contra a mulher e notificação compulsória. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa em que foram pesquisados estudos publicados nos últimos cinco anos. Dessa forma foram abordados os seguintes tópicos: Violência contra a mulher; Violência física em mulheres; Consequências da violência física em mulheres; Prevalência da violência física em mulheres e o Perfil do autor de agressão.

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública, caracterizando-se como um fenômeno social e de espectro global, fortemente associado às desigualdades nas relações entre homens e mulheres (MENDES; CAMPOS, 2018, p.203).

Mundialmente mulheres de todas as classes sociais, etnias e religiões são afetadas pela violência, caracterizando-se como um fenômeno estrutural, de grande magnitude que tem se perpetuado historicamente e está arraigada à cultura das sociedades (BRASIL, 2017, p.2; LINDNER et al., 2017, p. 17).

Em estudo realizado por Leite et al (2014) com 7.487 mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo constatou que 3.340 (44,6%) sofreram ameaça, 2.134 (28,5%) agressão, 1.877 (25,1%) lesão corporal, 83 (1,1%) estupro e 53 (0,7%) algum tipo de injúria, cabe ressaltar que do total de mulheres entrevistadas 45% delas o perpetrador foi o companheiro.

De acordo com o levantamento realizado pelo Data Senado em 2017, com brasileiras das diversas capitais do país, onde foi interrogado sobre a ocorrência de situações que envolvem violência contra mulheres, revelou que 29% das mulheres entrevistadas relatou ter sofrido algum tipo de violência provocada por um homem.

Segundo Acosta et al (2015) independente dos motivos que desencadeiam a violência contra a mulher, a maioria é fruto do sentimento de posse e de dominação masculina. Em estudo realizado pela pesquisadora com base em ocorrências policiais de mulheres vítimas de violência (75%) referiam-se à violência praticada por parceiro íntimo.

Diante deste cenário é importante ressaltar que as diferentes formas de violência contra a mulher configuram-se como violação de direitos sendo assim ratifica-se a necessidade uma rede de suporte coesa, com abordagem multidisciplinar e com profissionais capacitados para identificar a situação de violência, orientar e intervir efetivamente no processo de saúde-doença das mulheres (ACOSTA et al., 2014,p.126).

Ao longo dos anos, conferências e convenções sobre violência foram realizadas com intuito de estabelecer diretrizes para combater às diferentes formas de violência e garantir os direitos das mulheres e também contribuiu para que a legislação nacional implementasse políticas públicas hoje vigentes e realizasse alterações e medidas importantes.

De acordo com o relatório sobre o Progresso das mulheres:

No Brasil entre os anos de 2003 e 2010, houve significativos avanços no enfrentamento à violência contra mulheres, que se traduzem na mudança da legislação, na produção crescente de estudos e dados estatísticos sobre a incidência da violência contra as mulheres, assim como a criação de serviços públicos especializados de atendimento, e na adoção de planos nacionais para enfrentar o problema (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014, p. 4).

Vale ressaltar a importância da criação da Lei Federal 11. 340/ 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, reconhecida mundialmente como uma das principais legislações de combate e enfrentamento à violência contra a mulher.

Em 2015 outra importante legislação foi promulgada a Lei 13.104/2015, intitulada Lei do Feminicídio que tipifica como crime hediondo o homicídio de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, ou quando evidencia menosprezo e a discriminação à condição de ser mulher, caracterizando crime por razões de condição do sexo feminino (CRUZ, 2017, p. 556; WAISELFISZ, 2015, p. 69).

Apesar de todos esses avanços nas políticas públicas e na judicialização desta problemática, as desigualdades permanecem, visto que a raiz do problema está relacionada à maneira como os papéis do homem e da mulher são ensinados nos seios familiares fruto de uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pelas desigualdades de gênero (LINDNER et al., 2017, p. 17; REICHENHEIM, 2011, p. 75).

Segundo Campos (2015) há a necessidade de que ocorram mudanças culturais profundas na sociedade brasileira para que assim este panorama seja modificado, pois somente a partir da desconstrução de determinados comportamentos que haverá a redução das desigualdades de gênero.

3.2 VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES

A violência física tem sido objeto de estudo mundialmente, uma vez que ela é uma das principais manifestações de violência que acomete tanto homens como mulheres, particularmente o sexo feminino.

Segundo a OMS (1998) os atos de violência física são tipificados de acordo com a sua gravidade em:

“Ato moderado: ameaças não relacionada a abusos sexuais e sem uso de armas; agressões contra objetos pessoais e violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de instrumentos perfuro cortantes ou que causem contusões)”

“Ato severo: agressões físicas que causem lesões temporárias; ameaças com arma; agressões físicas que causem cicatrizes, lesões de caráter permanente, queimaduras; uso de arma.”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, de 15% a 71% das mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de diferentes países relataram ter sido vítimas de violência física ou sexual ao longo de sua vida.

No Brasil de acordo com dados do VIVA/SINAN, de 2009 a 2010, dos 113.643 casos de violência notificados, 75.633 (66,6%) das vítimas foram mulheres e o tipo de violência que predominou nos atendimentos foram decorrentes de agressão física com (64,5%), quanto ao meio de agressão mais cometido, destaca-se a força corporal (44,2%), seguida pela ameaça (16,4%) e por objeto perfuro cortante (9,6%).

Em estudo realizado em Florianópolis, SC, nos anos de 2009 a 2010 que investigou a prevalência de violência física grave e moderada por parceiro íntimo em homens e mulheres, mostrou que quando analisados separadamente: 17,5% das mulheres e 16,1% dos homens relataram ter sido vítimas de atos de violência física moderada, enquanto que tratando-se de violência física grave, as mulheres apresentaram maior percentual 8,5% e homens 5,7%, chama atenção o fato de as mulheres terem sido vítimas de atos graves com maior prevalência comparado aos homens (LINDNER, 2015, p. 818).

A referida pesquisa citada acima confirma a afirmativa de que as mulheres estão mais suscetíveis do que os homens a sofrer algum tipo de agressão.

De acordo com o levantamento domiciliar realizado pela PNS (2015), na esfera nacional, foi predominante sobre os homens o número de mulheres (2,4 milhões) que relatou ter sofrido algum tipo de agressão por parte de conhecidos.

Outro estudo realizado em São Paulo por Miranda; Paula e Bordin (2010), com 784 mulheres na faixa etária de 16 a 49 anos vítimas de violência física conjugal, constatou que destas 141 (71%) sofreram violência grave, 46 (22,5%) foram agredidas a tapas sem outro tipo de agressão e 13 (6,4%) relataram apertos, empurrões, mordidas, puxão de cabelo, queimaduras, tentativas de estrangulamento e arremesso de objetos contra o seu corpo.

De setembro a novembro de 2014, de acordo com o VIVA/Inquérito, realizado em 11 municípios brasileiros, ao investigar os atendimentos por agressão nos serviços sentinelas de urgência e emergência mostrou que quanto à natureza da agressão a violência física foi a mais incidente, com o percentual de 88,3% em mulheres, sendo o espancamento o principal meio de agressão cometido contra elas (70,9%), sendo o companheiro ou ex companheiro o principal agressor.

Em 2015, no Sistema Único de Saúde, 48,7% dos atendimentos foram em decorrência de atos ocasionados por violência física em mulheres jovens e adultas (BRASIL, 2015, p. 52).

Em Santa Catarina, no município de Florianópolis, de acordo com o DATASUS, de 2013 a 2015, foram notificados 190 casos de violência física contra mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos.

Sendo assim, reitera-se a magnitude do problema e evidencia-se a importância de os profissionais que atuam nas instituições de saúde estejam capacitados, adequando suas práticas quanto ao enfrentamento e identificação nas situações que envolvem violência nos diversos ciclos de vida.

3.3 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA EM MULHERES

Mundialmente milhares de mulheres são vítimas de violência física, e a compreensão dos fatores associados a esta problemática faz-se necessária, pois propicia o entendimento deste fenômeno e corrobora para que sejam subsidiadas ações para o seu enfrentamento.

Dentre os fatores mais prevalentes encontrados associados à violência física em mulheres, estão: consumo de álcool e drogas; baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, ter sido vítima de agressão por repetição, o sexo e a raça/cor da pele.

O consumo de álcool e outras drogas tem sido considerado como um dos principais motivos que levam a ocorrência de violência física, em estudo realizado em 2011 com 325 mulheres vítimas de violência física por parceiro íntimo e que realizaram denúncias na

Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) em Fortaleza, mostrou que dentre os possíveis fatores de risco para sofrer este tipo de violência foram: o agressor estar sob o efeito de álcool e outras drogas, o fato de a mulher já ter sido vítima de agressão e nunca ter registrado a ocorrência junto à delegacia, possuir até dois filhos com o denunciado (SILVA, 2014, p.13).

Chama a atenção no referido estudo a prevalência de 76,5% dos agressores denunciados pelas mulheres estarem sob o efeito de álcool e outras drogas; e o perfil do agressor e da vítima, sendo característico de ambos: baixa escolaridade (até 8 anos) e a faixa etária de 20 a 39 anos.

Ter sido vítima de episódios de violência anteriormente corrobora para que o ato se torne incidente, em 2013, das 34.746 notificações registradas no VIVA/SINAN, no que se refere a caracterização dos atendimentos de violência doméstica por sexo, 40% das vítimas, mulheres atendidas referiram ter sido vítimas de violência de por repetição.

Quanto ao fator grau de escolaridade, em estudo de base populacional realizado por Lindner et al (2015) em Florianópolis, ao analisar as características sociodemográficas e econômicas de mulheres vítimas violência física por parceiro íntimo, participantes do estudo, constatou que as menos escolarizadas e mais pobres apresentaram três vezes maior prevalência de violência moderada e cinco vezes maiores para a violência grave em comparação com aquelas com doze ou mais anos de estudos.

Ser mulher e a cor de sua pele estão entre os fatores que contribuem para que mulheres estejam mais expostas à sofrerem episódios de violência.

De acordo com dados divulgados pelo SINAN, em 2013, das 11.378 notificações de violência registradas em adultos de 20 a 59 anos, tratando-se do quesito raça /cor, 40% ocorreram em brancos, tanto homens, quanto mulheres, seguidos de pardos (33,9%) e negros (7,8%) (BRASIL, 2013, p. 220)

Em outro estudo realizado pelo Senado Federal em 2015, onde foram entrevistadas 1.102 mulheres acerca da violência doméstica, 30% das que relataram ter sofrido algum tipo de violência eram negras, seguidas de parda (31%) e brancas (21%).

Reitera-se a importância da investigação e da compreensão dos fatores associados a violência, uma vez que contribui para o entendimento desta problemática e assim subsidiem ações para combatê-la.

3.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA EM MULHERES

A violência acarreta graves consequências à saúde da mulher, pois são afetadas diretamente por danos físicos, psicológicos, sociais e morais.

As manifestações físicas podem ser agudas (inflamações, contusões e hematomas); crônicas (limitações do movimento motor, instalações de deficiências físicas e traumatismos).

Quanto às de cunho psicológico as mais freqüentes são: depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade, falta de concentração, síndrome do pânico, abuso de álcool e outras drogas, falta de apetite, estresse pós-traumático. Gerando impactos que podendo culminar em ideias suicidas e tentativas de interromper a própria vida.

Em pesquisa realizada com 30 mulheres adultas vítimas de violência doméstica e com histórico de tentativas de suicídio em Salvador, atendidas no Núcleo de Estudo e Prevenção ao Suicídio (NEPS), foi constatado que suas tentativas de suicídio encontravam-se ancoradas em histórias de vida permeada pela rejeição e desamor, e pelo sentimento de impotência diante da necessidade de mudança e libertação dos episódios de violência, fatores que contribuíram para as tentativas de suicídio, o que nos permite apreender que as histórias de violência vivenciadas em diversos momentos da vida familiar e conjugal desencadeiam problemas de âmbito emocional que podem culminar na decisão de interromper a própria vida.

Em outro estudo de cunho descritivo, realizado com mulheres colombianas que foram expostas à violência física, sexual e simbólica, apresentaram como principais manifestações referidas pelas entrevistadas: sintomas depressivos (47%) e dor crônica (42%) (MEDINA, 2011, p. 174).

No Espírito Santo no período de 2012 a 2013, que investigou a percepção, queixas e comportamentos de mulheres vítimas de violência doméstica, constatou que das 42 entrevistadas, 64,3%, perceberam seu estado de saúde como regular ou ruim, 69,1% referiram sentir dor e sono inadequado, 61,9% referiram cansaço o tempo todo, 54,8% se assustaram com facilidade, 83,3% estiveram nervosas, tensas ou preocupadas e 71,4% choraram mais do que o costume (LEITE, 2016, p. 4.856).

De acordo com Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), mulheres que sofrem violência doméstica e sexual, apresentam mais índices de absenteísmo em seus trabalhos, tem mais gastos com assistência à saúde e buscam com maior freqüência os serviços de saúde do que aquelas que não sofrem violência.

Mulheres que sofreram violência sexual e física na infância ou idade adulta têm maior probabilidade de apresentarem problemas de saúde que impactam em sua saúde mental, reprodutiva e física.

Em estudo realizado com mulheres em uma delegacia de atendimento à mulheres vítimas de VD, na faixa etária de 20 a 50 anos, evidenciou que 53% das mulheres afirmaram ter sofrido violência doméstica na infância. Do total da amostra, 89% tiveram grande probabilidade de apresentar transtorno depressivo maior, 94% transtorno de ansiedade, 76% transtorno de estresse pós-traumático e 88% apresentaram elevados níveis de experiências dissociativas peritraumáticas.

A ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, em mulheres vítimas de violência é incidente, assim como a gravidez não pretendida naquelas em idade reprodutiva, dentre outros distúrbios disfuncionais como síndrome do intestino irritável, fibromialgia, distúrbios gastrintestinais.

É importante salientar que viver em um relacionamento violento também afeta a auto-estima da mulher e dificulta sua interação social e familiar, comprometendo a sua tomada de decisões no cotidiano e gerando dificuldade em fazer planos para o futuro em relação à família, aos filhos e carreira (GOMES, 2013, p. 3).

Além de todas as consequências acima citadas, não podemos deixar de citar o feminicídio, que tem tido sua incidência elevada em mulheres, de acordo com o SIM, em 2013 houve um aumento dos casos de homicídio de mulheres, que passou de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252% (WAISELFISZ, 2015, p. 12).

De acordo com o Mapa da Violência (2015), o Brasil é o quinto país do mundo com o maior índice de homicídios de mulheres, sendo assim podemos compreender a magnitude e a proporção do impacto que a violência ocasiona na vida das mulheres em seus diversos contextos.

Os estudos evidenciam o impacto que a violência gera na saúde das mulheres, uma vez que acarreta problemas de ordem física e psicológica, podendo culminar em óbito. Sendo assim, enfatiza-se a importância de dar visibilidade a esta problemática e que as políticas de enfrentamento e combate a violência contra a mulher sejam executadas.

3.5 NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA EM MULHERES NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A partir do reconhecimento da proporção das consequências que a violência ocasiona na vida das mulheres e o impacto social e econômico em especial sobre o SUS, as esferas governamentais, buscaram implantar políticas pautadas na prevenção e promoção voltadas às mulheres.

Em 2003 o governo federal elaborou o Plano Nacional de Políticas para mulheres, atualizada em 2008, o qual deu origem à Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASÍLIA, 2013, p. 97).

Cabe ressaltar também como ação importante a criação da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que tornou obrigatória a comunicação de suspeitas ou confirmação de casos de violência contra as mulheres no SINAN (BRASÍLIA, 2013, 98).

A notificação é uma exigência legal, de responsabilidade institucional e dos profissionais de saúde, e o não cumprimento configura-se como infração da legislação referente à saúde pública, conforme previsto no artigo 5º da Lei Federal nº 10.788.

Para Garbin (2015):

A notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde, no âmbito das ações contra a violência, contribuindo para o seu dimensionamento e assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas.

A implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi iniciada gradualmente a partir de 1993. Em 1998 por meio da portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98 tornou-se obrigatório a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 2007, p. 7).

O SINAN foi criado com a finalidade de identificar os principais agravos, suas causas e riscos ao qual a população é vulnerável, permitindo aos profissionais de saúde o acesso a estas informações e contribuindo para que intervenções de saúde pudessem ser planejadas baseadas nas notificações.

A Atenção Básica considerada uma das portas de entrada procuradas por mulheres em situação de violência, deve ofertar às vítimas um atendimento pautado nas dimensões da linha de cuidado, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização, que enfatiza a ética, o atendimento humanizado e a integralidade no cuidado (BRASIL, 2017, p. 6)

As notificações dos casos de violência contra a mulher propiciam o conhecimento da magnitude e gravidade do problema, retirando-a da invisibilidade (BRASIL, 2016, p.9).

Em 2006, com o intuito de coletar dados e gerar informações sobre violência, foi implantado o VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes), constituído por dois componentes: o Viva/SINAN: formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e auto provocadas e o Viva Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados.

Os respectivos sistemas de informação colaboram com a disseminação das informações, pois descrevem o perfil das violências e acidentes atendidos nos serviços de saúde.

A postura do profissional durante o acolhimento e a notificação deve ser acolhedora, resolutiva, cuidadosa, ética e respeitosa, garantindo que a notificação seja realizada como um ato de cuidar e proteger (BRASIL, 2017, p. 11,14 e 15).

Sendo assim, enfatiza-se a importância do papel dos profissionais de saúde no reconhecimento das situações que envolvem violência, assim como no ato de notificar, pois a notificação propicia que a violência saia do panorama da invisibilidade e promove a organização de novas estruturas de atendimento às pessoas em situação de violência.

3.6 PERFIL DO AUTOR DE AGRESSÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno de grande magnitude, para compreendê-la e dimensionar seus impactos sobre a saúde se faz necessário a produção de conhecimentos acerca de quem são essas mulheres que estão sendo vítimas da violência, assim como o perfil do autor de agressão.

A identificação do perfil do perpetrador e da mulher é importante, pois subsidiam a criação de políticas públicas com um viés de gênero, que interfiram diretamente nas desigualdades entre homens e mulheres, rompendo a ordem patriarcal de gênero, permitindo um olhar mais amplo sobre essa questão (SANDENBERG; TAVARES, 2016, p.249).

A Lei 11.340 (Lei Maria da Penha), além de propor um conjunto de aparatos legais, jurídicos e políticos para coibir a violência, prevê em seu artigo 35 parágrafo V a criação de centros de educação e reabilitação para os perpetradores de violência doméstica assim como reitera a importância da promoção de estudos e pesquisas estatísticas sobre este fenômeno.

Evidencia-se a escassez de estudos que investiguem o perfil dos perpetradores de agressões, pois em geral o foco principal das pesquisas é o perfil das mulheres vítimas de violência.

Estudos apontam o parceiro íntimo como o principal perpetrador de violência contra a mulher, sendo do sexo masculino, de acordo com Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2013 foram notificados 132.177 casos de violência contra mulheres, destas, 23,7 % afirmaram ter sido vítimas de violência cometida pelo parceiro íntimo (BRASIL, 2013, p. 157).

Em revisão sistemática que investigou o perfil socioeconômico do parceiro íntimo envolvido na violência contra a mulher revelou que a maioria dos agressores possuía entre 25 e 30 anos de idade, possuíam baixa escolaridade, encontravam-se desempregados, em uso abusivo de álcool, e haviam sido vítimas de violência na infância, ou haviam presenciado episódios de agressões quando crianças (SILVA; COELHO; PIRES; 2014, p. 281)

Em outro estudo realizado em um município de Pernambuco que investigou 512 casos de violência contra a mulher, analisou o perfil do agressor de violência e os fatores associados, destacou que (36%), dos agressores eram homens jovens, que viviam em união estável com as vítimas (37,8%) sendo estes o marido ou companheiro conjugal (53,4%) (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016, p. 3).

De acordo com estudo baseado nos dados do VIVA Inquérito (2014), foram notificados 506 casos de violência praticados contra mulheres tendo como agressor o parceiro íntimo, destaca-se o fato de o estudo não investigar o perfil destes agressores.

Evidencia-se a carência de estudos que investiguem mais detalhadamente o perfil dos autores de agressão, uma vez que é importante para entendimento da problemática, assim como para o subsídio e implantação de redes de reabilitação.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo ecológico, de caráter descritivo e de série temporal.

“O modelo ecológico é utilizado para ajudar na compreensão da natureza multifacetada da violência, uma vez que, enfatiza que os contextos sociais, culturais e econômicos estão entre os fatores que contribuem para que determinados indivíduos desenvolvam comportamentos violentos (DAHLBERG; KRUG, 2006, p. 1.173).”

Nos estudos ecológicos são analisadas as características de grupos populacionais e não o indivíduo de forma isolada.

“Quanto aos estudos de série temporais, são caracterizados como um subtipo do modelo ecológico e são utilizados para organizar no tempo as informações quantitativas (ROCHA; CARVALHO, 2015, p. 24; ANTUNES; CARDOSO, 2015, p. 566)”.

Utilizou-se a metodologia descritiva, para descrever as características relacionadas à violência física em mulheres adultas, a prevalência, o seu perfil, assim como também o perfil do possível autor da agressão.

“Os estudos descritivos tem por finalidade descrever a ocorrência de um evento, de acordo com as diversas exposições ou características das pessoas (sexo, idade, nível socioeconômico), local e tempo (ROCHA; CARVALHO; 2015, p. 24).”

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado com base nos dados de notificação de violência física contra mulheres do estado de Santa Catarina, notificados pelos profissionais de saúde nos anos de 2008 a 2014.

O estado de Santa Catarina é constituído por 295 municípios, com uma população de 6.248.436 habitantes, sendo que 5.247.913 residem na área urbana e 1.000.523 na área rural, de acordo de acordo com dados do último censo realizado em 2010. Segundo a distribuição por gênero os homens representavam 49,6% da população e as mulheres, 50,4%.

O seu Índice de Desenvolvimento humano (IDH) é de 0,774, ocupando o 3º lugar no ranking nacional. No IDH municipal, 11 dos municípios de Santa Catarina estão os primeiros 50 classificados, como apresentando os melhores índices a nível nacional. Possui 2º menor índice de analfabetismo (3,9%) do Brasil.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo notificações de mulheres adultas vítimas de violência físicas entre 20 a 59 anos, notificadas no estado de Santa Catarina, no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014. Optou-se pela delimitação deste período para se ter um recorte ampliado do panorama da problemática pesquisada. Para o estudo, foram incluídas todas as notificações das unidades de saúde digitadas no sistema SINAN nos respectivos anos dos casos de violências física contra mulheres a partir de 20 anos de idade. Foram excluídas as notificações duplicadas e aquelas com idade inferiores a 20 anos e de 60 anos e mais, não residentes em Santa Catarina .

4.4 VARIÁVEIS

Nos quadros abaixo estão descritas as variáveis independentes incluídas no estudo a partir da ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais (ANEXO A) vigente até o ano de 2013 e Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO B) vigente até o presente momento relacionadas à violência contra a mulher.

Quadro 1 – Variáveis relacionadas à mulher agredida

Variáveis	Natureza	Descrição
Idade	Quantitativa Ordinal	20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59;
Cor da Pele	Quantitativa Nominal	Branca; preta; amarela; parda; indígena
Escolaridade (anos de estudo)	Quantitativa Discreta	≤4; 5 a 8; 9 a 11; ≥ 12
Situação Conjugal	Quantitativa Nominal	Solteira; casada/união estável; viúva/separada

Quadro 2 – Variáveis relacionadas à agressão

Variáveis	Natureza	Descrição
Local de ocorrência	Quantitativa Nominal	Residência/habitação coletiva; via pública; outros
Meio de agressão	Quantitativa Nominal	Força corporal/spancamento; ameaça; envenenamento;

		objeto perfuro cortante; arma de fogo; substância/objeto quente; outro
Vínculo /grau de parentesco com a pessoa atendida	Quantitativa Nominal	Parceiro íntimo, amigos/conhecidos; desconhecidos; relação familiar; policial/agente da lei; pessoa com relação institucional; patrão/chefe; cuidador
Sexo do provável autor da agressão	Quantitativa Nominal	Masculino; feminino; ambos
Número de envolvidos	Quantitativa ordinal	Um; dois ou mais
Suspeita de uso de álcool	Quantitativa Nominal	Sim; não
Evolução do caso	Quantitativa Nominal	Alta; evasão; óbito-violência

4.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram extraídos a partir da exportação do banco de dados estadual do SINAN VIVA Contínuo, disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Setor de Sistemas de Informação, utilizando-se do tabulador Tabwin versão 3.6 b no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) segundo variáveis relacionadas à mulher agredida (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal), agressão sofrida (local de ocorrência, meio de agressão, vínculo / grau de parentesco, sexo do provável autor da agressão, número de envolvidos, suspeita de uso de álcool e evolução do caso).

Foram calculados percentuais e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) das informações extraídas do SINAN.

A estatística descritiva é o método utilizado para organizar, descrever resumir e apresentar dados numéricos (VIALI, 2010, p.4).

Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico (*Stata Corp College Station*, Estados Unidos) versão 13.0.

4.7 CUIDADOS ÉTICOS

As informações tiveram confidencialidade e os resultados seguiram o rigor científico da investigação. Desta forma foram respeitados os preceitos éticos propostos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde (CNS), sendo assim, os dados obtidos foram utilizados exclusivamente de acordo com a finalidade e objetivos propostos por este estudo.

Este estudo dispensou a avaliação de comitê de ética em pesquisa por tratar-se de banco de dados secundário, porém os dados foram extraídos do banco de dados proveniente do projeto de pesquisa submetido ao comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, aprovado com o parecer n.º 450.596/2014.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo estão apresentados na forma de manuscrito, de acordo com a normativa para apresentação do Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.1 MANUSCRITO: CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA A MULHER NO ESTADO DE SANTA CATARINA. 2008-2014.

RESUMO: Este estudo aborda a violência física contra a mulher que é compreendida como qualquer conduta que ofenda a sua integridade ou a saúde corporal. Tem como objetivo descrever as características relacionadas à violência física cometida contra mulheres adultas notificadas em Santa Catarina pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação nos anos de 2008-2014. Trata-se de estudo ecológico, de caráter descritivo de série temporal, com dados secundários. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva em frequência simples e proporção (%). Foram notificados 11.360 casos de violência física, sendo a maioria das mulheres, jovens na faixa etária de 20-29 anos (37,73%), brancas (84,16%), possuindo

escolaridade de 5-8 anos de estudos (37,83), casadas ou em união consensual (57,05%). As mulheres sofreram violência por agressor único, parceiro íntimo (48,33%), estando sob suspeita do uso de álcool 41,39%, as agressões ocorreram no domicílio 74,96%, o principal meio de agressão acometido contra elas foi a força corporal/ espancamento 70,28%. Os resultados indicam que é alto o número de mulheres jovens com baixa escolaridade que sofreram violência no próprio domicílio tendo como perpetrador único o parceiro íntimo.

Palavras-chave: Violência física. Violência por parceiro íntimo. Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência física é caracterizada como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal de um indivíduo, podendo ser caracterizada por meio de atos como “tapas, empurrões, socos, ter algo jogado, ser chutado, arrastado ou espancado e ainda a intenção ou uso de arma de fogo” (BRASIL, 2006, p 84; SCHRAIBER et al., 2007, p 798).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo, uma em cada três mulheres tenha sofrido violência física em algum momento de sua vida.

No Brasil, em 2017, de acordo com dados do estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Data Senado com mulheres das diversas capitais brasileiras, 67% das entrevistadas relataram ter sofrido violência física, sendo o tipo de agressão mais prevalente (OMS, 2013, p. 1; BRASIL, 2017, p. 3).

Esta forma de violência é considerada uma das mais perpetradas contra a mulher e acarreta graves conseqüências à sua saúde podendo gerar prejuízos físicos como: contusões, hematomas, traumatismos, limitações do movimento motor e instalações de deficiências físicas. Dentre as manifestações psicológicas podemos citar a insônia, falta de concentração, depressão e ansiedade (LINDNER, at al., 2017, p. 24).

Além de acarretar danos físicos e psicológicos à saúde das mulheres, os atos de agressão podem resultar em óbito, atos estes que tem apresentado alta prevalência mundialmente. Nos últimos 30 anos foi registrado um aumento considerável nas taxas de homicídios de mulheres no Brasil que passou de 2,3/100 mil para 4,6/100 mil mulheres (WAISELFIZ, 2015, p. 69).

No Brasil, todas as formas de violências interpessoais ou autoprovocadas são de notificação compulsória nos serviços de saúde público e privado, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde a comunicação à Vigilância Epidemiológica por meio do

preenchimento da ficha de notificação, uma vez que considera-se a importância do papel dos profissionais no processo de identificação da violência e no reconhecimento da notificação como sendo um passo da atenção e da linha de cuidado (BRASIL, 2017, p. 9).

A partir do interesse pela temática suscitaram inquietações e o desejo de aprofundar os estudos a respeito da temática investigada, assim como o desejo de contribuir com os estudos que investiguem a violência física, uma vez que há carência pesquisas que investiguem a violência a partir dos dados de notificação do Sistema de Informação de Agravos de notificação.

Com o intuito de subsidiar discussões, fomentar políticas para o enfrentamento desta problemática no âmbito da esfera da saúde buscou-se neste estudo descrever as características relacionadas à violência física em mulheres adultas notificadas pelo sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) em Santa Catarina nos anos de 2008 a 2015.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico, de caráter descritivo de série temporal, com dados secundários referentes a notificações de violência física contra mulheres adultas residentes no estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2014, as informações foram extraídas do SINAN, disponibilizado pela Secretaria de estado de SC, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Setor Sistemas de informação, para a extração das informações foi utilizado o programa Tabwin 3.6b.

As notificações foram registradas por profissionais de saúde da rede pública municipal e estadual de Santa Catarina. Após o preenchimento da ficha de notificação e investigação os dados foram inseridos no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA SINAN).

Foram incluídas no estudo notificações de violência física contra mulheres adultas que ocorreram no período de 2008 a 2014. De 19.089 notificações registradas contra pessoas do sexo feminino, 11.360 foram relacionadas à violência física, representando 59,5% de todas as notificações.

O estudo apresenta as características relacionadas à violência física, o perfil das mulheres que sofreram este tipo de violência e do provável autor da agressão.

As variáveis relacionadas à vítima: idade (20 a 59 anos); raça: branca, preta, parda, amarela e indígena) escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8anos, 9 a 11anos, 12 ou mais); estado civil (solteira,casada/ união consensual, viúva /separada).

Da violência sofrida: zona de ocorrência (urbana e rural); do local de ocorrência: residência, via pública e outros); meio de agressão: (força corporal, arma de fogo envenenamento, objeto perfuro cortante, ameaça, substância /objeto quente, outro); natureza da lesão: (contusão, corte, entorse, fratura, amputação, traumatismo dentário, TCE, politrauma, intoxicação, queimadura, outros); parte do corpo atingida (cabeça/face, pescoço, boca/dentes, coluna/medula, tórax/dorso, abdome, quadril/pelve, membros superiores, membros inferiores, órgãos genitais/ânus, múltiplos órgãos /regiões).

Do autor da agressão: sexo (masculino, feminino, ambos os sexos), vínculo/ grau de parentesco com a mulher agredida, parceiro íntimo (cônjuge, ex cônjuge, namorado, ex namorado); familiar (pai, mãe, padrasto, filho) amigos /conhecidos, desconhecidos, cuidador (a), patrão /chefe, pessoa com relação institucional, policial /agente da lei, própria, outras; consumo de álcool (sim ou não).

Para a análise das notificações de violência contra mulheres adultas foi utilizado o programa estatístico Stata, versão 13.0.

RESULTADOS

Das 11.360 notificações de violência física contra a mulher, predominou com maior percentual as mulheres jovens, adultas na faixa etária de 20 a 29 anos (37,73%), sendo sua cor da pele branca (84,16%), possuindo entre 5 - 8 anos de estudo (37,83%). Evidencia-se o fato de 57,05% destas serem casadas ou estarem em união consensual.

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres adultas que sofreram violência física. Santa Catarina - 2008-2014

Variável	n	(IC 95%)
Idade (em anos)		
20-29	4.286	37,73
30-39	3.686	32,45
40-49	2.268	19,96
50-59	1.120	9,86
Raça/cor		
Branca	9.385	84,16
Preta	571	5,12
Parda	1.044	9,36
Amarela /Indígena	151	1,35
Escolaridade (anos de estudo)		
≥4	1.914	19,89
5- 8	3.641	37,83

9- 11	3.224	33,50
≥ 12	845	8,78
Situação conjugal		
Solteira	3.068	28,74
Casada/união consensual	6.090	57,05
Viúva/separada	1.517	14,21

Fonte: Elaborado pela autora

A tabela 2 apresenta os dados relacionados às características da violência física sofrida pelas mulheres. A maioria delas sofreu violência na própria residência, correspondendo a 74,96% das notificações. A força corporal/espancamento foi o tipo de agressão mais praticado contra elas (70,28%). Destaca-se o fato de que 48,33% dos casos de agressões terem sido cometidos pelo parceiro íntimo, sendo do sexo masculino (68,78%) que encontravam-se sob suspeita de uso de álcool (41,39%). Chama atenção o percentual de mulheres que foram a óbito em decorrência dos atos de violência, correspondendo a 191 (1,83%).

Tabela 2- Características da Violência Física em mulheres adultas Santa Catarina 2008- 2014

Variável	n	(IC 95%)
Zona de ocorrência		
Urbana	9.706	91,45
Rural	907	8,55
Local de ocorrência		
Residência	8.248	74,96
Via pública	1.724	15,67
Outros	1.031	9,37
Meio de agressão		
Força corporal /espancamento	7.932	70,28
Ameaça	2.438	22,2
Envenenamento	1.114	10,12
Objeto perfuro cortante	1.099	9,98
Outro	994	9,10
Arma de fogo	237	2,15
Substância/objeto quente	85	0,77
Vínculo /grau de parentesco com a pessoa atendida		
Parceiro íntimo	5.132	48,33
Amigos/conhecidos	1.291	12,07
Desconhecido	1.119	19,49
Relação familiar	661	6,33
Policial/ agente da lei	66	0,52
Pessoa com relação institucional	38	0,36
Patrão/chefe	16	0,15
Cuidador	7	0,7
Sexo do provável autor da		

agressão		
Masculino	7.451	68,78
Feminino	3.090	28,52
Ambos	292	2,70
Número de envolvidos		
Um	9.265	84,53
Dois ou mais	1.696	15,47
Suspeita de uso de álcool		
Sim	3.883	41,39
Não	5.499	58,61
Evolução do caso		
Alta	10.148	97,05
Evasão	112	1,07
Óbito - Violência	191	1,83

Fonte: Elaborado pela autora

DISCUSSÃO

O estudo aponta que em Santa Catarina, as notificações de violência física foram em maior número em mulheres pertencentes à faixa etária de 20-29 anos (37,73%) seguidas pelas de 30-39 anos (32,45%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Fortaleza com mulheres vítimas de violência física, onde constatou-se que a faixa etária de maior prevalência das que sofreram esse tipo de agressão foi de 20-39 anos (GAMA et al., 2014, p. 175). Estes achados foram reafirmados pela pesquisa Data Senado (2017), realizado com mulheres brasileiras de diversas capitais, onde foi constatado que as mais jovens estão mais suscetíveis a sofrer violência doméstica quando estão na faixa etária de 20 a 29 anos (34%) e 30- 39 anos (32%).

Quanto à raça/cor da pele, neste estudo a maioria das mulheres eram brancas, característica que pode ser justificada pela predominância da composição da população do estado de Santa Catarina, uma vez que de acordo com dados do IBGE (2010) 89,3% da sua população feminina possui a cor da pele branca.

Pesquisas evidenciam que quanto menor os anos de estudos, maiores são as chances de as mulheres serem violentadas por seus parceiros, informações estas que são evidenciadas neste estudo, onde nos mostrou que a maioria das mulheres em situação de violência possuía de 5-8 anos de estudo (37,83%). Isto justifica-se por: quanto menor o grau de instrução maior o déficit de conhecimento acerca dos seus direitos e maior probabilidade de serem dependentes financeiramente de seus parceiros, fatores estes que pode potencializar sua chance de ser vitimizada.

Os achados do estudo relacionados aos anos de escolaridade como fator de predisposição a sofrer violência corroboram com resultados da pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2013, onde evidenciou que 63,8% da população feminina vítima de violência doméstica possuía apenas o ensino fundamental completo (nove anos de estudo) (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013, p.551).

Dados de um Centro de Referência de Atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, situado em um município da Paraíba, demonstrou que a maioria das vítimas eram mulheres com baixa escolaridade, dependentes financeiramente de seus parceiros, e dentre as razões apontadas por elas para permanecerem na relação abusiva estavam ligadas à dependência financeira (COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015, p. 553).

É importante destacar que mulheres de todas as classes sociais estão sujeitas a sofrer violência, pois independe de seu grau de escolaridade, religião e cor da pele (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013, p. 550).

O estudo demonstra que as mulheres que sofreram violência física em sua maioria eram casadas/ou estavam em união consensual (57,05%), a zona de maior ocorrência das notificações foi a zona urbana (91,45%), sendo o local da agressão em maior proporção o próprio domicílio, a residência (74,96%). Os achados condizem com os de estudos que abordam a violência por parceiro íntimo (VPI), em que reafirmam que grandes proporções das mulheres que sofrem violência possuem um relacionamento conjugal com o agressor e é na própria residência que acontecem a maior parte das agressões, dados estes que são evidenciados nesta esta pesquisa, onde nos é revelado que (48,33%) dos agressores eram parceiros íntimos das mulheres agredidas, sendo 68,78% do sexo masculino. Dentre os principais meios de agressões perpetrados contra elas destacam-se a força corporal / espancamento (70,28%). Estas características apresentam similaridade com estudo que analisou 7.487 boletins de ocorrências de violência contra a mulher em uma delegacia do estado de Minas Gerais, em que identificou-se que a maioria dos atos violentos foram cometidos pelos parceiros íntimos das mulheres (45,1%), fato este que aumenta a probabilidade destas agressões terem ocorrido na própria residência, uma vez que há uma relação de conjugalidade entre os casais, chama atenção também o alto índice de agressões físicas (53,6%) denunciadas pelas mulheres adultas no presente estudo, evidenciando que a violência física é um dos tipos de violência mais perpetrados contra as mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (LEITE et al., 2014, p. 88).

De acordo com Brasil (2015), em pesquisa realizada com brasileiras em situação de violência doméstica, 63% delas apontaram o marido, ex-maridos, namorados, ex- namorados

como sendo os autores das agressões sofridas por elas, ou seja, pessoas com quem mantinham uma relação de intimidade, dados estes que corroboram com os achados deste estudo.

Diante deste cenário cabe ressaltar a importância da criação da Lei Maria da Penha 11.340/06 que prevê proteção às mulheres, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência contra a mulher, vale ressaltar que mesmo após doze anos desde a promulgação desta lei, os índices de violência contra a população feminina continuam alarmantes, e em sua maioria os principais agressores são os parceiros íntimos destas mulheres, fato este que nos chama atenção e evidencia a importância da criação de políticas públicas que visem a reabilitação de homens agressores conforme previsto pela (LPM) em seu parágrafo 5º, artigo 35.

Para Cruz (2017) as práticas de cuidado e acolhimento a homens autores de agressões são incipientes nas instituições de saúde, uma vez que quando o homem encontra-se na condição de autor da violência o mesmo é invisibilizado, quer seja por medo por parte dos profissionais de saúde em abordá-lo, ou por falta de capacitação para realizar o acolhimento.

É importante destacar o fato de as mulheres estarem mais suscetíveis a sofrerem violência dentro de seus próprios lares, dado este que é evidenciado pelas altas prevalências de violência por parceiro íntimo, o ambiente que deveria ser de proteção, harmonia e afetividade, tem sido um dos principais cenários de recorrência de violência contra ela.

Vale salientar que há carência de estudos que investiguem mais profundamente a VPI, principalmente quando se trata de informações relacionadas sobre o autor dos atos de violência, uma vez que este conhecimento é crucial para traçar políticas de enfrentamento contra este tipo de violência (SILVA; COELHO; PIRES, 2014, p.279).

Alguns estudos estabelecem relação entre o consumo de álcool e o episódios de violência, uma vez que o uso de bebida alcoólica pode levar à externalização de comportamentos agressivos, oportunizando discussões e ofensas resultando em agressões físicas. Neste estudo (41,39%) das notificações que foram realizadas constataram que os possíveis autores das agressões encontravam-se sob suspeita do uso de álcool. De acordo com Lindner et al (2015) o uso de álcool não representa uma condição primária para a prática da violência,mas contribui para a perpetração de tais atos.

O desfecho de muitos dos casos de agressões físicas podem resultar em mortalidade. Neste estudo foi constatado que 191 casos de notificações de violência física tiveram como desfecho o óbito de mulheres que foram agredidas. Dado este preocupante e que reitera a magnitude deste problema em nosso país.

O Brasil tem apresentado altos índices de homicídios contra mulheres, atualmente ocupa a 5ª posição no ranking internacional, entre os 83 países com maiores índices de

feminicídio, segundo o Atlas da Violência (2018), no ano de 2016 foram registrados 4.645 óbitos de mulheres vítimas de assassinatos, estima-se que muitos destes sejam caracterizados como este tipo de crime, uma vez que para se chegar a este desfecho, previamente muitas delas já tenham sido vítimas de uma série de atos de violência.

De acordo com estudo realizado por Meneghel et al(2017), ocorreram 4.368 óbitos femininos por agressão entre os anos de 2007 a 2009 e 4.834 entre os anos de 2011 a 2013 em 58 municípios do brasileiros.

Com o intuito de dar maior visibilidade e chamar atenção para magnitude desta problemática que em 9 de março de 2015 foi promulgada a Lei 13.104/15, conhecida como a Lei do Feminicídio, ela tipifica como crime hediondo o homicídio de mulheres quando envolve violência doméstica e familiar, o menosprezo ou discriminação à condição de ser mulher. (WAISELFIZ, 2015, p. 69; CERQUEIRA et al., 2017,p 36).

Destaca-se que estas mortes poderiam ter sido evitadas, uma vez que há políticas e aparatos legais que foram criadas com o intuito de coibir e prevenir os atos de violência.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu demonstrar como está caracterizada a violência física perpetrada contra as mulheres, notificadas no estado de Santa Catarina, revelando a grande proporção de mulheres jovens, brancas, com baixa escolaridade, que foram vítimas de espancamento, sendo elas casadas ou estando em união consensual, evidenciando o parceiro íntimo como o perpetrador dos atos de violência. Chama a atenção o número elevado de casos de violência que resultaram em óbitos, reiterando a necessidade de criação de políticas que contribuam para a mudança deste panorama.

Os achados do presente estudo poderão contribuir para a subsidiação de ações que visem o combate à violência contra a mulher, demonstrando a magnitude da problemática e a importância de os profissionais de saúde estarem sensibilizados quanto a esta temática, para assim identificarem as situações de violência que muitas vezes passam despercebidas.

Evidencia-se importância da capacitação das equipes de saúde quanto a temática da violência nos diversos ciclos de vida, com o intuito de prepará-los para a oferta de acolhimento adequado e resolutivo às pessoas em situação de violência, assim como empoderá-los a realizar a notificação dos casos, uma vez que este papel é de responsabilidade dos mesmos.

Reitera-se a necessidade da realização de novos estudos que investiguem o perfil de homens autores de violência com o intuito de propiciar o entendimento desta problemática uma vez que são crescentes os índices das diversas formas de violência contra a mulher onde o principal perpetrador tem sido o parceiro íntimo.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; BARLEM, Edison Luiz Devos. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p.547-553, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASÍLIA. Instituto de Pesquisa Data Senado. Observatório da Mulher Contra A Violência. **Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**. 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>>. Acesso em: 04 set. 2018.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência**. 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

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, p. 551-558, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S223796222015000300551&script=sci_arttext&tln=es. Acesso em: 18 set. 2018.

CRUZ, Suzyelaine Tamarindo Marques da et al. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-usf**, São Paulo, v. 3, n. 22, p.555-567, nov. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v22n3/2175-3563-psuf-22-03-555.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

DA SILVA GAMA, Isabelle et al. Fatores associados à violência física denunciada por mulheres. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 2, n. 4, p. 168-175, 2014.

LASALUD, Organización Mundial de. Violencia contra la mujer: Respuesta del sector de la salud. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf?jsessionid=EC366F356269D7A8C5B51C0066783DC9?sequence=1>. Acesso em: 04 set. 2018.

LEITE, Máisa Tavares de Souza et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Revista Latinoamericana.enfermagem*, São Paulo, v. 1, n. 22, p.85-92, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00085>. Acesso em: 04 set. 2018.

LINDNER, Sheila Rubia et al. **Atenção à saúde das mulheres em situação de violência**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. 62 p.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2963-2970, 2017.
Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232017000902963&script=sci_arttext>

Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. 2017.
Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência: Homicídio de Mulheres no Brasil. 2015.
Disponível em:

<https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso permitiu a apropriação, o aprofundamento e a aproximação com a temática estudada, propiciando a compreensão das questões norteadoras desta pesquisa.

Durante o desenvolvimento deste trabalho pude perceber que meu olhar tornou-se mais aguçado para identificar, compreender e agir diante das situações que envolvem a temática da violência, compreendi a importância de estarmos sensibilizados, capacitados e atentos para identificarmos e atuarmos de maneira adequada.

Os conhecimentos adquiridos no decorrer da construção deste trabalho transcenderão a minha carreira profissional, uma vez que transformou minhas percepções e rompeu com as opiniões e ideologias errôneas, frutos de uma educação não crítica.

Por meio dos resultados desta pesquisa pude concluir e compreender a magnitude da problemática pesquisada, pois os índices de violência física em mulheres adultas no estado de Santa Catarina são elevados, sendo elas em sua maioria jovens, brancas, casadas e que tiveram como agressor único o parceiro íntimo.

Evidencia-se a importância da notificação dos casos de violência identificados nas instituições de saúde públicas e privadas, uma vez que este ato contribui para que estes casos saiam da invisibilidade subsidiando políticas públicas que promovam a proteção, prevenção de todas as formas de violência.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Bernadete Martins; ARRUDA, Susana Margareth. **Como fazer referências: bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documento**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Biblioteca Universitária, 2001. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/design/framerefer.php>>. Acesso em: 11 out. 2017.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00565.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública Na Introductionto Violence Against Women as a Human Right sand Public Health Problem. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.101-112, 2008.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. SENADO FEDERAL. . **Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**. 2015. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/violencia-domestica-e-familiar-contr-a-mulher>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Saúde, migração, tráfico e violência contra mulheres: o que o SUS precisa saber**. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_migracao_trafico_violencia_saber.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

COELHO, Elza Berger Salema, SILVA, Anne Carolina Luz Grudtner, LINDNER, Sheila Rubia. **Violência e tipologias**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Representações sobre suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf. Acesso em: 25. jul. 2018.

CRUZ, Suzyelaine Tamarindo Marques da et al. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-usf**, São Paulo, v. 3, n. 22, p.555-567, nov. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n3/2175-3563-pusf-22-03-555.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

DA SILVA GAMA, Isabelle et al. Fatores associados à violência física denunciada por mulheres. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 2, n. 4, p. 168-175, 2014.

G.KRUG, Etienne et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. 380 p.

GARCIA-MORENO, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women **Lancet** v.368, p.1260-1269, 2006.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 nov. 2017.

GOMES, Rilzeli Maria. Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 672-680, 2013. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/172>. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

LEITE, Franciele Marabotti Costa et al. Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 6, p. 4854-4861, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30044>. Acesso em 16 out. 2017.

LEITE, Máisa Tavares de Souza et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 22, p.85-92, 2014. Bimestral. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00085. Acesso em: 10 set. 2017.

LINDNER, Sheila Rubia et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 4, p. 815-826, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 127 p.

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 Publica**, Washington, v. 4, n. 27, p.300-308, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

MONTEIRO, F. J. *Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes*. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.

MOZZAMBANI, Adriana Cristine Fonseca et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. **RevPsiquiatr Rio Gd Sul**, v. 33, n. 1, p. 43-47, 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082011000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de out. 2017.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, England, v. 6, n. 5, p.75-89, 09 maio 2011. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2017.

ROCHA, Hermano Alexandre Lima; CARVALHO, Eduardo Rebouças. **Conceitos Básicos em Epidemiologia e Bioestatística**. 2015. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/ConceitosBasicosemEpidemiologiaeBioestatistica.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.


TOBO MEDINA, Natalia et al. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 174-186, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. **Trabalho acadêmico: guia fácil para diagramação**: formato A5. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/design/GuiaRapido2012.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

VIALI, Lori. **Estatística Básica**: Descritiva. 2010. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/famat/viali/graduacao/producao/descritiva/material/apostila/Descritiva.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015**: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/ OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.089/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 6.089 de 03/08/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 18 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1	Data de Notificação		2	UF	3	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)							Código (CNES)	
	5	Data de Ocorrência do Evento			6	Hora de ocorrência (0 - 24 horas)				
	7	Nome							8	Data de Nascimento
Dados da Pessoa Abordada	9	Idade		10	Sexo		11	Gestação		
	12	Cor		13	Escolaridade		14	Situação conjugal		
	15	Ocupação		16	Relações sexuais		17	Possui algum tipo de deficiência?		
	18	Número do Cartão SUS		19	Nome da mãe		20	UF	21	Município de residência
	22	Bairro de residência		23	Logradouro (rua, avenida, ...)		24	Número		
	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Ponto de Referência		27	CEP		
Dados de Residência	28	(DDD) Telefone		29	Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)		
	31	Local de ocorrência		32	UF	33	Município de ocorrência		34	Bairro de ocorrência
	35	Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...)		36	Número		37	Complemento (apto., casa, ...)		
	38	Zona de ocorrência		39	Ocorreu outras vezes?		40	A lesão foi autoprovocada?		
	41	Meio de agressão		42	Tipo de violência		43	Outros		
	44	Força corporal		45	Outros		46	Outros		

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado(a)	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	3 Data da notificação	
	4 UF	6 Município de notificação	Código (IBGE)	
	8 Unidade Notificadora	1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		
Dados Individuais	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	8 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde	Código (UNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	13 (ou) idade	1- Não 2- Dia 3- Mês 4- Ano	14 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	15 Raça/Cor
Dados de Residência	16 Escolaridade	0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginasial ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (artigo ginasial ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados Complementares	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 DDD Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados da Pessoa Afetada	33 Nome Social	34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	36 Orientação Sexual	3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	37 Identidade de gênero:	
	38 Possui algum tipo de deficiência/transorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	42 Bairro	43 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	44 Número	45 Complemento (apto., casa, ...)	46 Geo campo 3	47 Geo campo 4
	48 Ponto de Referência	49 Zona	50 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
51 Local de ocorrência		52 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
		53 A lesão foi autoprovocada?		
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 15.06.2015

Violência	65 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 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		
	66 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <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	67 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento <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	
Violência Sexual	68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	69 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <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		
Dados do provedor autor da violência	80 Número de envolvidos 1-Um <input type="checkbox"/> 2-Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	81 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrio/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(s)	82 Sexo do provedor autor da violência 1-Sim <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
	83 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	84 Ciclo de vida do provedor autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 34 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	85 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de 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		
Dados Especiais	86 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	87 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	88 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	89 Data de encerramento: _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO

O trabalho de conclusão de curso da aluna Marciane Gonçalves Maciel atendeu todos os requisitos da disciplina, com o cumprimento das etapas indicadas pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, evidenciando compromisso, dedicação e responsabilidade.

Esse trabalho buscou descrever a prevalência de violência física notificadas em mulheres adultas no estado de Santa Catarina e por meio dessa descrição identificar o perfil das mulheres adultas que sofreram violência física e identificar o perfil do possível autor da violência.

Destaca-se a o tipo de estudo e o caráter descritivo de dados secundários de banco de dados de notificação de violência cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Realizar análise descritiva de um banco de dados se constituiu um desafio muito bem superado pela acadêmica demonstrando um comprometimento e uma responsabilidade para com o seu trabalho e com a importância dos resultados que ela apresentou.

O manuscrito elaborado evidencia o compromisso com a construção do conhecimento, análise crítica e ótima aproximação com o método científico. Tem consistência teórica e metodológica além de apresentar evidências significativas sobre a importância da notificação dos casos de violência identificados nas instituições de saúde públicas e privadas, uma vez que este ato contribui para que estes casos saiam da invisibilidade subsidiando políticas públicas que promovam a proteção, prevenção de todas as formas de violência. O manuscrito está bem escrito, sendo indicada sua publicação.

Destaco ainda o comprometimento de Marciane em todas as etapas do projeto, enfatizando respeito e ética, promovendo a conclusão do trabalho com excelente qualidade.

Florianópolis, 19 de novembro de 2018.



Prof. Dra. Sheila Rubia Lindner