Letícia Hamester

Violência contra a mulher no município de Novo Hamburgo: análise dos casos notificados e encaminhamentos para a rede intersetorial, no período de 2015 a 2020

Porto Alegre

2022

Letícia Hamester

Violência contra a mulher no município de Novo Hamburgo: análise dos casos notificados e encaminhamentos para a rede intersetorial, no período de 2015 a 2020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira.

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde.

Porto Alegre
2022

CIP - Catalogação na Publicação

HAMESTER, LETICIA
Violência contra a mulher no município de Novo Hamburgo: análise dos casos notificados e encaminhamentos para a rede intersetorial, no período de 2015 a 2020 / LETICIA HAMESTER. -- 2022.
62 f.
Orientador: LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência autoprovocada. 3. Violência por parceiro íntimo. 4. Violência sexual. I. TEIXEIRA, LUCIANA BARCELLOS, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Letícia Hamester

Violência contra a mulher no município de Novo Hamburgo: análise dos casos notificados e encaminhamentos para a rede intersetorial, no período de 2015 a 2020

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da FamíliadoPrograma de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Aprovada em:31 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Frederico Viana Machado
Membro Titular - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Membro Titular - Hospital Albert Einstein

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira(Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APROVAÇÃO DO PROJETO

ATA COM PARECER DA QUALIFICAÇÃO

Aos vinte e dois dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e um. Reuniu-se a Banca de Defesa de Qualificação composta pelo(a):

Prof(a). Dr(a). Luciana Barcellos Teixeira - UFRGS

Prof(a). Dr(a). Flávia Bulegon Pilecco – UFMG

Prof(a). Dr(a). Maiton Bernardelli – Centro Universitário da Serra Gaúcha

Prof(a). Dr(a). Andréa Fachel Leal – UFRGS (suplente), perante aqual, Letícia Hamester,aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família /UFRGS, defendeu para preenchimento dos requisitos do exame de qualificação, Projeto de Dissertação de mestrado denominado: **ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, 2015 – 2021.**

A defesa do referido Projeto de Dissertação ocorreu das 19 horas, tendo sido o(a) aluno(a) submetido(a) à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo paratal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o(a) mestrando(a) **APROVADA**, no exame de qualificação, considerando que (i) a proposta atende à formação de mestrado profissional; (ii) trata-se de um tema com contribuições substanciais ao município; (iii) o tema é relevante e ganhou destaque com a pandemia de 2021, portanto, com a necessidade de inclusão de dados de 2021; (iv) a metodologia está clara, é factível e traz inovação ao agregar outros dados além daqueles contidos na ficha de notificação; e (v) o serviço responsável forneceu anuência/concorância com o estudo. A banca pontuou a necessidade de definir melhor os desfechos e os conceitos relacionados à violência doméstica e por parceiro íntimo. Foram realizadas sugestões gerais sobre a organização do trabalho e os professores encaminharam suas sugestões individuais.

RESUMO

Introdução: Dados de notificação sobre a violência contra a mulher, disponíveis em sistemas de vigilância, demonstram que este é um fenômeno recorrente no Brasil. **Objetivo:** Analisar os casos de violência contra a mulher a partir das notificações no Município de Novo Hamburgo/RS, considerando o recorte por identidade de gênero. **Metodologia:** Trata-se de uma série de casos seguida de um estudo transversal que comparou o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas por diferentes tipos de violência, no período de 2015 a 2020. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN) e analisados no software SPSS. São apresentadas frequências descritivas e comparação por teste de qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Foram notificados 354 casos de violência contra a mulher. O perfil predominante é de mulheres brancas (82%), com média de idade de 36 ± 13,9 anos, e até ensino fundamental completo (48,5%). Do total de casos, quase 60% foram violências autoprovocadas e, estas, reincidentes (64,4%). A violência por parceiro íntimo correspondeu a 16,1% do total de casos. Nestas, em 60,5% dos casos o parceiro estava alcoolizado, e 84,6% ocorreram na residência da vítima. A violência sexual correspondeu a 16,4% do total de casos. Em 62,5% o autor estava alcoolizado, e para 19,6% das mulheres esta violência era reincidente. Para a violência sexual, 64,8% das mulheres receberam profilaxia anti-HIV e 32,7% a contracepção de emergência. Na comparação do perfil sociodemográfico conforme tipo de violência (física, sexual e autoprovocada) evidenciou-se predomínio de mulheres jovens nos casos de violência sexual, maior frequência de gestantes nos casos de violência física e deficiência nos casos de violência autoprovocada. **Considerações finais:** O grande número de violências autoprovocadas e reincidentes constituem um alerta aos serviços de saúde mental. A comparação dos perfis evidenciou características que tornam as mulheres mais vulneráveis aos diferentes tipos de violência, o que pode auxiliar serviços de saúde a identificarem possíveis vítimas.

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

ABSTRACT

Introduction: Reporting data on violence against women in surveillance systems demonstrates this is a recurrent phenomenon in Brazil. **Objective**: To analyze the cases of violence against women from the notifications in the Municipality of Novo Hamburgo/RS, considering the cut by gender identity. **Methodology**: This is a series of cases followed by a cross-sectional study that compared the sociodemographic profile of women affected by different types of violence from 2015 to 2020. Data were obtained by the Information System of Diseases Notification (SINAN) and analyzed in SPSS software. Descriptive frequencies and comparison by Pearson's chi-square test are presented. **Results**: 354 cases of violence against women were reported. The predominant profile is white women (82%), with a mean age of 36 ± 13.9 years, and up to complete elementary school (48.5%). Of the total number of cases, almost 60% were self-inflicted violence, and these were repeat offenders (64.4%). Intimate partner violence corresponded to 16.1% of all cases. In these cases, 60.5% of the time, the partner was drunk, and 84.6% took place at the victim's residence. Sexual violence corresponded to 16.4% of all cases. For this type of violence, 62.5% of the time the perpetrator was drunk, and for 19.6% of the women this violence was recurrent. 64.8% of women received anti-HIV prophylaxis, and 32.7% received emergency contraception. When comparing the sociodemographic profile according to the type of violence (physical, sexual, and self-inflicted), young women were predominant in cases of sexual violence, a higher frequency of pregnant women in cases of physical violence, and disability in cases of self-inflicted violence. **Final considerations**: A large number of self-inflicted and recurrent violence constitutes an alert to mental health services. The comparison of profiles showed characteristics that make women more vulnerable to physical, sexual, and self-inflicted violence, which can help health services to identify possible victims.

Keywords: Violence against women.Self-inflicted violence.Intimatepartnerviolence.Sexual violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Meio de agressão sofrido pelas mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 31

Gráfico 2 – Encaminhamentos realizados a mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 30

Tabela 2 - Caracterização das violências contra mulheres no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 32

Tabela 3 - Caracterização dos casos de violências autoprovocadas, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 33

Tabela 4 - Caracterização dos casos de violências por parceiro íntimo, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 34

Tabela 5 - Caracterização dos casos de violência sexual, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020..... 35

Tabela 6 - Comparação de características das mulheres vítimas de violência física, sexual ou autoprovocada, no município de Novo Hamburgo/RS..... 36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NUMESC	Núcleo Municipal de Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações Das Nações Unidas
PEP	Profilaxia Pré- Exposição
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Compromisso para Utilização de Dados
USF	Unidade de Saúde da Família
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência Perpetrada por parceiro Íntimo

APRESENTAÇÃO

Após a graduação em Enfermagem, ingressei na Residência Integrada em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, onde atuei por um ano no município de Sapucaia do Sul/RS, ficando alocada na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Vargas, local caracterizado pela vulnerabilidade social e tráfico. No segundo ano percorri os serviços da rede de atenção à saúde como Centros de Atenção Psicossocial, Vigilância Estadual de Saúde, Coordenação Estadual da Atenção Básica, dentre outros. Optei por realizar o 3º ano da Residência, cuja ênfase era em Gestão e Planejamento em Saúde, também pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, ficando alocada na Assessoria Técnica e de Planejamento do Centro Administrativo Estadual. Neste local, pude participar da construção do Plano Estadual de Saúde 2016 - 2019, de Conselhos Estaduais de Saúde, de Comissões Bipartite e Tripartite, visitar Coordenadorias Regionais de Saúde, além de trabalhar com os sistemas de gestão, de informação, e os de prestação de contas do estado.

Ao finalizar a Residência ingressei na Rede de Atenção Básica do município de Canoas/RS, atuando como enfermeira de saúde da família na USF Santo Operário, caracterizada pelo atendimento a uma população vulnerável e de baixo nível socioeconômico. Além disso, também ocupei a função de enfermeira no Consultório na Rua de Canoas, atuando em todos os quadrantes do município, com as pessoas em situação de rua. Atuei ainda no município de Sapucaia do Sul/RS na USF João de Barro e na USF Primor. Estas foram as minhas experiências na Rede de Atenção à Saúde, até chegar ao local em que atuo hoje. Atualmente, integro a rede de saúde do município de Novo Hamburgo/RS, onde após um período de trabalho na USF Morada dos Eucaliptos, passei para a coordenação da USF Rondônia I, localizada em um bairro populoso e misto, com população predominantemente adulta.

Desde a graduação atuo em unidades de saúde da família, deparando-me com as mais variadas situações que acometem diferentes grupos populacionais, dentre as quais estão às violências sofridas pelas mulheres, nos mais variados cenários e serviços de atendimento, tema que faz parte do meu cotidiano de trabalho. Todavia, em minha prática, observo que é um tema que permanece velado e causando desconforto nos profissionais de saúde durante os atendimentos. Trata-

se de um fenômeno recorrente, que não possui um fluxo único de encaminhamento e, que, em minha impressão, muitas vezes as pessoas desconhecem os encaminhamentos possíveis. Duas questões que se sobrepõem ao atendimento e os encaminhamentos de vítimas de violência no contexto da atenção básica são (i) a rotatividade de profissionais de saúde e (ii) o acúmulo de tarefas durante a jornada de trabalho. Estas questões parecem dificultar o conhecimento adequado dos fluxos e a identificação dos profissionais de referência na rede de saúde. Por isso, estudar um pouco mais deste fenômeno se tornou relevante para a minha formação profissional.

Tais questões me fizeram buscar aprofundamento teórico sobre a questão da violência, e muitos documentos de órgãos de referência apontam a necessidade de trabalho intersetorial para o enfrentamento deste tema. Essa dissertação nasceu das indagações profissionais do cotidiano do trabalho na Atenção Básica, pois era do meu interesse conhecer as estatísticas oficiais do fenômeno dentro do município de atuação, contribuindo com o serviço de vigilância no sentido de dar maior visibilidade ao tema, buscando aproximar diferentes setores e níveis assistenciais para o enfrentamento da violência em nível local.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
2 OBJETIVOS 20
2.1 OBJETIVO GERAL 20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 20
3 JUSTIFICATIVA 21
4 REFERENCIAL TEÓRICO 23
4.1 DEFINIÇÃO 23
4.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 24
4.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO 25
4.4 INTERSECÇÃO DA VIOLÊNCIA COM OUTRAS VARIÁVEIS 25
4.5 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA 26
4.6 CONSEQUÊNCIAS E ATENDIMENTOS 26
5 METODOLOGIA 28
5.1 TIPO DE PESQUISA 28
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA 28
5.3 FONTE DE DADOS 29
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA 29
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 30
6 RESULTADOS 32
7 DISCUSSÃO 39
7.1 LESÕES AUTOPROVOCADAS 40
7.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO 42
7.3 VIOLÊNCIA SEXUAL 43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 45
REFERÊNCIAS 47
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS 53
ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA 54
ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO HAMBURGO 56
ANEXO C - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE 57

ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....58
ANEXO E - APROVAÇÃO CEP UFRGS.....59

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou mental às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou na vida privada" (ONU, 1993, 16). No Brasil, a “Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres” adota o conceito de violência semelhante, que foi desenvolvido na Convenção de Belém do Pará, em 1994 (BRASIL, 2011). Este conceito define violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 2011, 19).

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em análise realizada com estimativas globais, indicou que 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro em sua vida (WHO, 2013). No Brasil, em 2018 foram notificados 350.354 casos de violência interpessoal e autoprovocada, dos quais 78.393 foram perpetrados por parceiro íntimo da vítima. As mulheres representaram 91,5% do total de notificações, indicando que são as principais vítimas do fenômeno (BRASIL, 2018).

A violência contra a mulher no Brasil é regida pela Lei N° 10.778 de 2003 e pela Portaria MS/GM Nº 2.406 de 2004. Os documentos indicam a necessidade de monitoramento e registros de ocorrência da violência, tornando suas notificações de caráter compulsório para os serviços de saúde públicos, além de aprovar instrumentos e fluxos para esta notificação (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004). Em 2011, a Portaria MS/GM n° 104, de 25 de janeiro ampliou o caráter compulsório das notificações para serviços de saúde privado (BRASIL, 2011).

A fim de monitorar as violências sofridas e entender sua magnitude e gravidade, no ano de 2006 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2013). O sistema é constituído por dois componentes: a vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN); e a vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA/Inquérito).

A partir destas políticas públicas, inicia-se o processo de avaliação dos registros das violências. No ano de 2011 o Brasil registrou 107.530 notificações de violência, sendo destas 69,8% (75.033) vítimas do sexo feminino, sendo a maior proporção de vítimas com idade entre 20 e 39 anos (BRASIL, 2013a). Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, onde foram analisados jovens vítimas de violências atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), revelou que entre os homens, predominaram agressões em via pública perpetradas por desconhecidos. Já entre as vítimas do sexo feminino, predominaram ocorrências no domicílio, perpetradas por companheiros, ex-companheiros, familiares ou conhecidos (BRASIL, 2013a). Esses dados evidenciam que o perfil da violência é distinto entre homens e mulheres.

No Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2016, o número de registros de atos violentos perpetrados contra mulheres foi de 1.914,8 por grupo de 100 mil mulheres (BRASIL, 2018). Quando analisamos os atos violentos, têm-se também a ocorrência de feminicídios. A Lei n° 13.104/2015 caracteriza feminicídio por homicídio praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. Esta lei alterou o Código Penal brasileiro, incluindo como qualificador do crime de homicídio o feminicídio, prevendo algumas situações para que seja aplicada na violência doméstica ou familiar, quando o crime resulta da violência doméstica ou é praticado junto a ela, ou seja, quando o autor do crime é um familiar da vítima ou já manteve algum tipo de laço afetivo com ela. A lei também inclui situação de menosprezo ou discriminação contra a condição da mulher, ou seja, quando o crime resulta da discriminação de gênero, manifestada pela misoginia e pela objetificação da mulher, sendo o autor conhecido ou não da vítima (BRASIL, 2015).

O registro de violência e de feminicídios também ocorre pelo setor da Segurança Pública. Entre os anos de 2013 e 2017, segundo registros da Secretaria de Segurança Pública do Estado, o município de Novo Hamburgo ocupou o quinto lugar, somando 46 casos, dos municípios com mais tentativas de feminicídio no Estado. Quando analisados os números de homicídios consumados contra mulheres, no período de 2012 a 2017, a cidade ocupa a sexta posição, totalizando 12 ocorrências. No ano de 2019 ocorreram 1220 registros de algum tipo de violência perpetrada a mulheres no município (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Esses dados, embora sejam números absolutos, apontam que a violência, no contexto local, é uma questão recorrente. Embora o feminicídio não seja o tema principal deste

trabalho, é relevante conhecer os dados, pois o feminicídio constitui-se como um desfecho negativo final do ato de violência.

A violência contra a mulher está baseada nas relações de gênero, retratando um fenômeno complexo que desencadeia danos físicos, psicológicos e sofrimento para a mulher. É um problema mundial, pautado nas relações desiguais de poder, ou seja, um tipo de violência motivada pela condição desigual de sexo, a qual começa no universo familiar e se fortalece em sociedade (NAÇÕES UNIDAS,1993; BANDEIRA, 2014). Complementando essa questão, torna-se importante compreender que a violência é um fenômeno que se dá no nível relacional e social, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento. Este ato torna-se consequência da desigualdade hierárquica que permeia nossa sociedade, na qual a figura masculina é posta como superior, reverberando na desvalorização, sensação de posse e domínio sobre o corpo feminino (BRASIL, 2011; BAHIA, 2020).

Para a análise de casos de violência, seja através de dados do setor Saúde e/ou da Segurança Pública, ainda, temos que considerar o que é apontado por estudiosos do tema, que por tratar-se de uma violência que ocorre em âmbito privado, grande parte das ocorrências não gera atendimentos e não é captada pelos sistemas de informação, o que resulta em subnotificação dos eventos, e contribui para reforçar a invisibilidade da violência contra a mulher (GARCIA, 2016).

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de proporções epidêmicas no Brasil, embora seja em grande parte invisível. Este problema não pode ser tratado restritamente por alguns segmentos, uma vez que permeia toda a sociedade brasileira. A prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher passam necessariamente pela redução das desigualdades de gênero e requerem o engajamento de diferentes setores da sociedade, para se garantir que todas as mulheres e meninas tenham acesso ao direito básico de viver sem violência (GARCIA, 2016).

A implantação da vigilância desse agravo dá-se de maneira heterogênea, a depender do número de profissionais capacitados e da existência de serviços que decidem fazer a notificação e estruturação da rede de atenção às pessoas vítimas de violência. Tais procedimentos não são feitos de maneira uniforme e instantânea, requerem capacitação de recursos humanos, planejamento, organização e articulação entre os serviços notificantes e a rede de atenção. Além disso, a

notificação parte de uma decisão local, baseada na capacidade de atuação e resposta de cada município (BRASIL, 2013). Neste trabalho, iremos estudar os casos de violência notificados no município de Novo Hamburgo, com ênfase na violência contra a mulher, visando avançar no conhecimento local sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os casos de violência contra a mulher a partir das notificações no Município de Novo Hamburgo/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil das mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS;
- Caracterizar as violências praticadas contra mulheres no município de Novo Hamburgo/RS;
- Descrever os casos de violência sexual no município de Novo Hamburgo/RS;
- Descrever os casos de violência autoprovocada no município de Novo Hamburgo/RS;
- Descrever os casos de violência por parceiro íntimo no município de Novo Hamburgo/RS;
- Comparar o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas violência física, sexual e autoprovocada.

3 JUSTIFICATIVA

A violência contra a mulher possui um grande impacto social, econômico e de saúde na vida das vítimas e em seu entorno, e dados têm demonstrado um aumento das violências entre mulheres. Em um estudo realizado com dados do SINAN entre o período de 2011 a 2015, o número total das notificações de violências mais do que dobrou, passando de 107.530 para 242.347, e as notificações de violência contra a mulher passando de 75.033 para 162.575. Em 2015, do total de notificações de violências, 67,1% foram contra a mulher (BARUFALDI et al, 2017). No ano de 2017 foram registradas 307.367 notificações de violência a interpessoal/autoprovocada no Brasil, desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres (BRASIL, 2019).

Poder quantificar a violência é o primeiro passo para mudar o cenário. A produção de informação de qualidade pode aprimorar políticas e identificar as lacunas que precisam ser preenchidas para melhorar o entendimento sobre a vitimização de mulheres e os encaminhamentos necessários(GIANNINI, COELHO; 2020). Neste trabalho, utilizaremos dados do município de Novo Hamburgo para tentar auxiliar neste processo.

No município de Novo Hamburgo, localizado na região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul, há um grupo de trabalho municipal articulado para enfrentar a violência contra a mulher. No entanto, até o momento, observa-se que há desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os fluxos municipais de encaminhamentos para os casos de violência contra a mulher. Ainda, acredita-se que existam subnotificações por parte dos diferentes profissionais da rede de saúde e assistência social, em consonância com o que tem sido documentado no cenário nacional. Nesse contexto de organização de ações para o enfrentamento da violência contra a mulher, este estudo fornecerá subsídios para dimensionar a magnitude do problema em Novo Hamburgo, a partir dos casos notificados. Posteriormente, pretende-se investir na abordagem intersetorial sobre o tema através de treinamentos dentro dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018a), utilizando-se como base o material desenvolvido pelo estudo.

A hipótese levantada neste trabalho é de que o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas pelos diferentes tipos de violência é semelhante, e que, possivelmente, são as características contextuais que diferenciam as ocorrências,

com exceção das mulheres acometidas por lesões autoprovocadas. Essa hipóteseserátestadanestetrabalho.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 DEFINIÇÃO

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres traz um conceito amplo de violência, e compreende diversos tipos de violência, sendo elas: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), a violência sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional (BRASIL, 2011).

A violência contra as mulheres é uma consequência direta da desigualdade de gênero e por isso não pode ser compreendida sem se considerar este termo. O termo “gênero” se refere a uma construção social e histórica que se faz a partir das diferenças percebidas entre os sexos (SCOTT, 1990). O termo foi incorporado pelo discurso feminista da década de 1960, que estava engajado no debate entre os desiguais papéis entre homens e mulheres na sociedade. Na época, o discurso científico predominante utilizava o determinismo biológico para justificar estas diferenças. Ou seja, considerava que mulheres eram biologicamente inferiores aos homens, e por isso, não estavam em posições de poder na sociedade. O movimento feminista, por outro lado, considerava que as mulheres, desde o início de suas vidas, eram incentivadas a praticar atos tidos como “femininos”, como o cuidado e a limpeza; e eram desincentivadas a praticar atos considerados “masculinos”, como aprender matemática ou praticar esportes, o que fazia com que elas não conseguissem chegar a posições de poder na sociedade. Neste contexto, o termo “gênero” foi útil para distinguir o que era visto como um fato biológico (o sexo), de algo que era socialmente construído (o gênero).

Segundo Bandeira (2014), a análise da violência enquanto problema na sociedade evoluiu na medida em que o movimento feminista conseguiu desconstruir a ideia de que a violência estava ligada a questões biológicas e que era inerente aos homens. Apesar disso, a violência contra as mulheres permanece historicamente praticada devido à solidificação de uma sociedade patriarcal, o desnivelamento entre gêneros torna as mulheres vulneráveis nos mais variados cenários. O domínio dos corpos femininos é uma ferramenta de controle e contenção das mulheres na sociedade. Apesar dos avanços nas conquistas de direitos femininos, a violência de gênero mantém taxas ascendentes.

Neste estudo, utilizaremos a definição de violência da Lei nº 11.340/2006, que configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006). Consideraremos como tipos de violência, a violência física, a violência psicológica/moral, a violência sexual, a violência patrimonial, a negligência/abandono, e a tortura, por serem os campos que constam na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/autoprovocada.

4.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Em termos de legislação, em 2006, no Brasil, foi criada a Lei n° 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que chamou atenção para os diversos tipos de violência dos quais as mulheres podem ser vítimas: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Também trouxe à luz a dinâmica que envolve a violência contra a mulher que é silenciosa, acontece dentro dos lares e tem como algozes pessoas que lhes são próximas (GIANNINI, COELHO; 2020). Assim, configurou a violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Esta lei é complementada pela Lei n° 13.104/2015, que define feminicídio como o crime contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, considerando que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve violência doméstica e familiar e menosprezo ou discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2015).

Há diversos fatores agravantes na violência contra as mulheres, porém merece destaque a dinâmica da violência contra mulher, que é vivida em casa e praticada por pessoas de sua convivência, dificultando que a vítima se perceba em uma situação abusiva. A sistematização dos dados sobre o tema, feita por países, estados e cidades, é realizada de formas diferentes, o que traz inúmeros desafios para compreender seus padrões. Soma-se a isso o fato de que os dados disponibilizados são incompletos e não trazem informações essenciais sobre os fatores individuais e ambientais associados a esses crimes relacionados à violência contra mulheres. E ainda que se trata de um crime subnotificado, em especial aquelas formas de violência muitas vezes interpretadas como menos graves, como a violência moral e psicológica (GIANNINI, COELHO; 2020).

4.3 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Um agravante importante no cenário de violência é o fato de ser normalmente perpetrada por parceiros íntimos (COELHO et al, 2019; FERREIRA et al, 2020). Estudo realizado sobre o perfil epidemiológico de mulheres em situação de violência de gênero no Estado do Ceará no período de 2008 a 2017 analisou o tipo de relação do agressor com a vítima, verificando que a maioria dos casos de violência parte do seu companheiro atual ou prévio, seguidos por agressores no âmbito familiar (COELHO et al, 2019). No caso da violência por parceiro íntimo, a psicóloga americana Lenore Walker apresentou um modelo de "Ciclo de Violência" que procura explicar como ocorre a violência entre homens e mulheres em suas relações afetivas e íntimas, explicando que tais atos de violência apresentam, como regra geral, três fases e funcionam com um sistema circular que faz com que se torne difícil o rompimento do ciclo. A primeira fase é a construção da tensão no relacionamento. Nesta as tensões acumuladas no cotidiano, as injúrias e as ameaças tecidas pelo agressor, criam, na vítima, uma sensação de perigo iminente. A segunda “o episódio da violência” onde o agressor maltrata física e psicologicamente a vítima; estes maus-tratos tendem a escalar na sua frequência e intensidade. E a terceira, a lua de mel, o agressor envolve agora a vítima de carinho e atenções, desculpando-se pelas agressões e prometendo mudar e nunca mais voltará a exercer violência (WALKER,1979).

4.4 INTERSECÇÃO DA VIOLÊNCIA COM OUTRAS VARIÁVEIS

Em um estudo ecológico realizado em Maringá, localizado no Noroeste do Estado do Paraná, de 2010 a 2015, revela-se que os casos de violência contra a mulher foram predominantes na faixa etária acima de 20 anos, em vítimas com escolaridade acima de oito anos, raça/cor branca, sendo o agressor, na maioria das vezes o cônjuge (FERREIRA et al, 2020). Os dados referentes à raça/cor e escolaridade são variáveis. Por exemplo, em um estudo com dados nacionais, com linkage dos bancos de dados de notificações e de mortalidade, evidenciou que mulheres negras, de menor escolaridade foram as principais vítimas de violência e

homicídios (BARUFALDI et al, 2017). Em relação à raça/cor, precisamos sempre tomar por base o recorte amostral originário dos dados, além de relativizar que, muitas vezes, os estudos apresentam a descrição de uma amostra sem a formalização de um indicador robusto que considere o fenômeno sobre a população. Em relação à gestação há evidência de que este é um período de extrema vulnerabilidade na vida da mulher, especialmente no pós-parto, em que situações de violência doméstica podem ser comuns (SILVA et al, 2015).

4.5 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Essa tipologia de violência é definida como aquela que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou autoagressão. Segundo Bahia (2020), se caracteriza comportamento suicida quando o indivíduo causa lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal, ou do verdadeiro motivo do ato. A autoagressão engloba mutilações, mais brandas, como arranhões, até as mais severas, como amputação de membros (BAHIA, 2020). As lesões autoprovocadas fazem parte de um rol de definições – nem sempre claras – sobre tentativas de suicídio.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o suicídio é responsável por 50% de todas as mortes violentas em homens, e 71% em mulheres (WHO, 2014). A organização estima ainda que, para cada adulto que se suicidou pode haver mais de 20 outros tentando suicídio (WHO, 2014). As tentativas de suicídio possuem um importante impacto social e econômico para a comunidade, devido à utilização de serviços de saúde para tratar a lesão, o psicológico e o social do indivíduo e de seus familiares. Mais relevante, uma tentativa de suicídio é o preditor mais importante de morte por suicídio na população geral (WHO, 2014).

4.6 CONSEQUÊNCIAS E ATENDIMENTOS

Além de conhecer o perfil das mulheres em situação de violência, torna-se necessário também compreender as consequências da violência sofrida pela mulher para o enfrentamento deste problema de saúde pública. As consequências materializam-se em agravos biológicos, psicológicos e sociais que dificultam sua

experiência de viver a igualdade humana e social plenamente. A persistência e os variados formatos de expressão da violência contra a mulher indicam a importância do tema e a necessidade de se investigar como essa prática interfere no processo de viver, adoecer e morrer de quem as sofre (LUCENA et al, 2016). Um estudo realizado entre usuárias de atenção primária à saúde no município de Vitória/ES demonstrou elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo, ao longo da vida, sendo a violência psicológica a mais prevalente seguida pela violência física (SANTOS et al, 2020). A exposição contínua à violência causa danos irreparáveis à saúde das mulheres (LUCENA et al, 2016).

Segundo Souza e Cintra (2018) existem conflitos éticos no atendimento às mulheres em situação de violência que podem dificultar tanto a notificação quanto a oferta de um cuidado integral à vítima. A partir de revisão de literatura, as autoras relatam que os ambientes violentos predispõem as mulheres ao consumo de álcool e drogas ilícitas, e que estas questões muitas vezes são mais abordadas pelos profissionais de saúde do que a própria violência. Assim, as autoras citam sinais e sintomas de alerta, como dores crônicas, dor de cabeça, depressão, baixa autoestima e lesões físicas. Ainda, as autoras citam que o acolhimento precisa de local silencioso e com privacidade, e de disponibilidade tempo para a escuta de forma empática e sem julgamentos. Sabemos que, com o conjunto de comorbidades e com a complexidade dos casos que se apresentam especialmente na Atenção Básica, o fator tempo torna-se escasso. É possível que esta seja uma importante limitação no atendimento das mulheres na atualidade.

Para o Ministério da Saúde, ampliar o número de municípios e unidades de saúde notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, é estratégia fundamental para ampliar a cobertura do Sistema Viva. Assim, a vigilância de violências interpessoais/autoprovocadas contribui para conscientizar sobre o problema, subsidiar a construção e o fortalecimento de políticas públicas para seu enfrentamento, bem como promover uma cultura da paz (BRASIL, 2019). Para Barufaldi et al (2017) o elevado número de mulheres mortas por agressão e a violência de repetição revelaram a fragilidade das redes de atenção e proteção no atendimento integral, qualificado e oportuno às vítimas.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho caracterizou-se como um estudo quantitativo, de série de casos, seguido por um estudo transversal com teste de hipótese. Os estudos de série de casos são úteis na saúde pública, especialmente, para a confecção de boletins epidemiológicos, que permitem aos gestores conhecer as características de determinados fenômenos, e propor ações para o seu enfrentamento. Já os estudos transversais, permitem uma avaliação instantânea de uma determinada associação, através de testes de hipóteses (OLIVEIRA, VELLARDE, SÁ, 2015). Neste estudo, nossa hipótese inicial foi que o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas pelos diferentes tipos de violência no município de Novo Hamburgo seria semelhante, com exceção das mulheres acometidas pelas lesões autoprovocadas.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Almeida Filhoe Barreto (2013), população é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características, e amostra é um subconjunto da população. A população do estudo é de mulheresresidentes em Novo Hamburgo que sofreram situações de violência.

O recorte amostral é de mulheres residentes em Novo Hamburgo, que sofreram violência, no período de 2015 a 2020, cujos casos foram notificados no setor Saúde, através da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/autoprovocada no SINAN. Nesse cenário foi considerado a identidade de gênero, sendo incluído mulheres cisgêneras e transgêneras. Nesse contexto, transgênero é utilizado para designar pessoas cuja auto identificação de gênero não coincide com o gênero atribuído ao nascimento em virtude da genitália externa, e cisgênero estabelecendo uma relação de antonímia com a palavra “transgênero” (BAGAGLI, 2015). Os critérios de exclusão foram ter menos de 18 anos, e identidade de gênero masculina.

5.3 FONTE DE DADOS

Os dados deste estudo são provenientes das Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO 1) obtidas através do Sistema VIVA/Sinan. A Ficha de Notificação é dividida em 10 (dez) blocos:

- Dados Gerais: com informações do Município notificante, a unidade notificadora e data da ocorrência;
- Notificação Individual: identifica-se a vítima com idade, sexo, raça/cor e escolaridade;
- Dados Residência da vítima;
- Dados da Pessoa Atendida: contém informações sobre a situação conjugal da vítima, orientação sexual, identificação de gênero e se possui alguma deficiência/transtorno;
- Dados da ocorrência: dados do local da ocorrência com informações do município, endereço, horário, local e se houve outras tentativas;
- Violência: dados da motivação da violência; tipo de violência e meio de agressão;
- Violência sexual: se violência foi sexual qual o tipo e o procedimento realizado;
- Dados do provável autor da violência: informações sobre o número de envolvidos, vínculo com a pessoa atendida, sexo, suspeita de uso de álcool e ciclo de vida;
- Encaminhamento: quais os serviços foram acionados;
- Dados Finais: se a violência foi relacionada ao trabalho.

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis utilizadas na análise foram os fatores sociodemográficos contidos na ficha de notificação como idade; raça/cor; escolaridade; ocupação; situação conjugal; orientação sexual e; deficiência/transtorno. Outras variáveis foram os encaminhamentos realizados na rede de saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, rede de assistência social; Rede de atendimento à mulher; Ministério Público; Delegacia de atendimento à mulher; Outras Delegacias e/ou; Defensoria Pública).

O banco de dados foi baixado do SINAN em Excel e foi transferido para o programa SPSS versão 26.0. A estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos grupos. Variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos e percentuais e variáveis quantitativas foram apresentadas conforme sua distribuição - simétricas ou assimétricas - em média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartílica. Para o teste de hipótese quanto à diferença de perfil sociodemográfico entre as mulheres acometidas pelos diferentes tipos de violência, utilizou-se o teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho se deu de acordo com os preceitos éticos da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece normas para pesquisa com seres humanos, e determina o anonimato e a privacidade dos pesquisados (BRASIL, 2012). Considerou-se ainda a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e visa garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa. As pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD) garantindo a confidencialidade das informações e o uso dos dados para fins da pesquisa (APÊNDICE 1).

O projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, que encaminhou ao órgão responsável pela tramitação e apreciação ética de projetos de pesquisa - o Núcleo Municipal de Saúde Coletiva (NUMESC). O NUMESC aprovou a realização da pesquisa (ANEXO 2). Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo forneceu a Declaração da instituição coparticipante (ANEXO 3) e a Autorização da instituição coparticipante (ANEXO 4). Após o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Considerando (i) a proposta metodológica de estudo a partir de base de dados, (ii) o recorte temporal do estudo, (iii) a dificuldade na busca ativa das vítimas e (iv) o sigilo das situações, as pesquisadoras solicitaram dispensa da obtenção do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido à impossibilidade de obtê-lo.

O estudo previu a exposição dos usuários à riscos mínimos, devido à necessidade do banco de dados com identificação, para computar episódios recorrentes de violência. Para dirimir esta questão, foi criada uma variável numérica no banco de dados, chamada de código de identificação, utilizando-se o mesmo quando da notificação de mais de uma situação na mesma pessoa. Após a criação desta variável, os nomes dos casos foram excluídos da base de dados do estudo.

6 RESULTADOS

Na cidade de Novo Hamburgo, o atendimento de mulheres vítimas de violência inicia-se na Atenção Básica, onde se oferta atendimento humanizado e aconselhamento para as vítimas. As mulheres com risco eminentes são encaminhadas para a rede de urgência e emergência. O município conta ainda com uma delegacia especializada no atendimento à mulher e conta com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social Viva Mulher.

Entre os anos de 2015 e 2020 foram notificados 354 casos de violência contra a mulher no município de Novo Hamburgo(sendo somente 6 casos em mulheres trans). A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1. A média de idade das mulheres vítimas de violência é de 36,9 anos ± 13,9 anos, 82% são brancas, 48,5% possuem até o ensino fundamental completo, 45,9% são solteiras e 39,3% possuem alguma deficiência.

Tabela 1- Caracterização das mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.

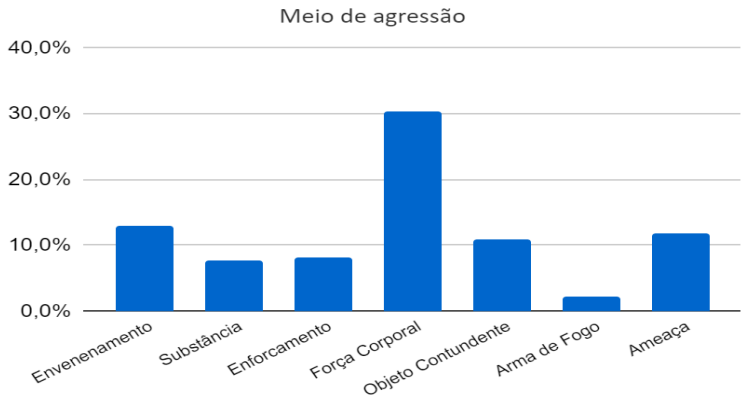
Características	Todas
Idade (anos)	
Média	36,9 ± 13,9*
Mínima	18
Máxima	89
Raça/cor	
Branca	269 (82%)
Não branca	59 (18%)
Escolaridade	
Até ensino fundamental completo	111 (48,5%)
Até ensino médio completo	79 (34,5%)
Até ensino superior completo	39 (17%)
Situação conjugal	
Casada	128 (40,3%)
Solteira	146 (45,9%)
Viúva ou Separada	44 (13,8%)
Possui algum tipo de deficiência	
Sim	128 (39,3%)
Não	198 (60,7%)
Total	354** (100%)

*Média ± desvio-padrão. **Totais podem diferir por incompletude de dados.

Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

O gráfico 1 apresenta os meios de agressão. Evidencia-se que para meio de agressão 11,9% foi através de ameaça, 2,1% por arma de fogo, 10,9% por objeto contundente/perfurocortante, 30,4% força corporal, 8,2% enforcamento, 7,7% por uso de substância e 13% envenenamento.

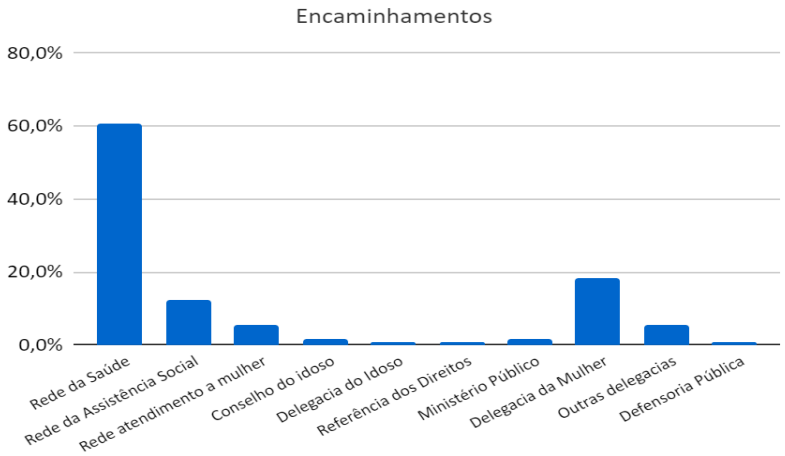
Gráfico 1- Meio de agressão sofrido pelas mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.



Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

O gráfico 2 apresenta os encaminhamos. Tiveram encaminhamentos para a rede de saúde 60,7%, para a assistência social 12,4%, para a rede de atendimento a mulher 5,6%, para conselho e de delegacia do idoso 2,6%, para a delegacia da mulher 18,2%, para outras delegacias 5,6% e verificaram-se outros encaminhamentos para 3,3%.

Gráfico 2- Encaminhamentos realizados a mulheres vítimas de violência no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.



Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

Na tabela 2 caracteriza-se às violências sofridas pelas mulheres. Evidencia-se que quando á ocorrência, 84% foram na residência, 10,7% em via pública e 5,3% em outros locais. Quanto ao horário, 28% ocorreram no turno matinal entre 6h e 12:59h, 24% no turno vespertino das 13h as 18:59h e 48% noturno das 19h as 5:59h. As violências dividiram-se em tipo física (55,5%), psicológica (15,6%), tortura (2.9%), sexual (16.8%), financeira (1,7%) e negligência 7 (2%). Em 38,6% o autor foi do sexo feminino e 59,4% do sexo masculino. O evento teve como autoria o parceiro íntimo em 16,4% dos casos. Considerando os bairros do município, 17,2% ocorreram em Canudos, e o restante estava disperso nos demais bairros.

Tabela 2- Caracterização das violências contra mulheres no município de Novo Hamburgo/RS conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.

Características	N = 354* (100%)
Local de ocorrência	
Residência	264 (84%)
Via Pública	34 (10,7%)
Outros locais	17 (5,3%)
Horário da ocorrência	
6h às 12:59h	68 (28%)
13h às 18:59h	59 (24%)
19h às 5:59h	118 (48%)
Tipo de Violência	
Física	192 (55,5%)
Psicológica	54 (15,6%)
Tortura	10 (2,9%)
Sexual	58 (16,8%)
Financeira	6 (1,7%)
Negligência	7 (2%)
Sexo do Autor	
Feminino	133 (38,6%)
Masculino	205 (59,4%)
Autoria do evento	
Parceiro íntimo	58 (16,4%)
Bairros	
Canudos	61 (17,2%)
Demais**	19 (5,3%)

*Totais podem diferir por incompletude de dados.
** Todos os demais bairros foram agrupados, pois apresentaram no máximo 5% separadamente.
Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

Na tabela 3 o recorte foi realizado para os casos de violência autoprovocada que totalizaram 212 casos, representando 59,88% da amostra. O perfil de raça/cor e

escolaridade são iguais ao da amostra geral, já na situação conjugal, há predomínio das casadas com 46,4%. O episódio ocorreu na residência em 93% dos casos, em via pública em 5% e outros locais em 2% dos casos. O episódio foi reincidente em 64,4% dos casos. Quanto ao meio de ocorrência, houve um mix de meios agrupados que fechou 66,5 % dos casos, e destaca-se o uso de substância ou envenenamento com 30,2%.

Tabela 3- Caracterização dos casos de violências autoprovocadas, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.

Características	Autoprovocada
Situação conjugal	
Solteira	72 (37,5%)
Casada	89 (46,4%)
Viúva ou separada	31 (16,1%)
Local de Ocorrência	
Residência	186 (93%)
Via Pública	10 (5%)
Outros	4 (2%)
Episódio ocorreu mais de uma vez	
Sim	125 (64,4%)
Não	69 (35,6%)
Meio de Ocorrência	
Força Corporal	7 (3,3%)
Objeto perfuro cortante ou contundente	19 (9%)
Uso de substância ou envenenamento	64 (30,2%)
Enforcamento	16 (7,5%)
Outro	139 (66,5%)
Total	212* (59,9%**)

*Totais podem diferir por incompletude de dados. ** Percentual do total da amostra.
Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

A Tabela 4 apresenta os casos de violência por parceiro íntimo, que somam 16,1% da amostra. Observa-se que 25,5% eram gestantes, 90,9% sofreram violência física, em 84,6% o local de ocorrência foi a residência, e para 55,6% o episódio ocorreu mais de uma vez. O meio de ocorrência mais comum foi a força corporal (80,4%) e em 60,5% dos casos o autor estava alcoolizado. Encaminhamentos para serviços de saúde ocorreram em 31,5% dos casos.

Tabela 4- Caracterização dos casos de violências por parceiro íntimo, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.

Características	Violência por Parceiro Íntimo
Gestante	
Sim	13 (25,5%)
Não	38 (74,5%)
Tipo de Violência	
Física	50 (90,9%)
Psicológica	19 (33,3%)
Sexual	9 (16,4%)
Tortura	3 (5,5%)
Local de Ocorrência	
Residência	44 (84,6%)
Via Pública	7 (13,5%)
Outros	30 (5,5%)
Episódio ocorreu mais de uma vez	
Sim	25 (55,6%)
Não	20 (44,4%)
Meio de Ocorrência	
Força Corporal	45 (80,4%)
Objeto perfuro cortante ou contundente	8 (15,3%)
Ameaça	19 (37,3%)
Enforcamento	8 (15,1%)
Outro	3 (6%)
Autor alcoolizado	
Sim	26 (60,5%)
Não	17 (39,5%)
Encaminhamentos	
Rede de Saúde	17 (31,5%)
Assistência Social	6 (11,3%)
Rede de atendimento a mulher	6 (10,9%)
Delegacia da Mulher	32 (5,2%)
Outras Delegacias	6 (11,1%)
Total	57* (16,1%**)

*Totais podem diferir por incompletude de dados. **Percentual do total da amostra.
Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

A Tabela 5 enfatiza os casos de violência sexual, totalizando 58 casos, que representou 16,4% da amostra. Observa-se que 14% eram gestantes, 73,1% solteiras, para 51,2% o local de ocorrência foi a residência e para 19,1% ocorreu mais de uma vez. Em 75% dos casos a força corporal foi o meio de ocorrência, em 62,5% o autor estava alcoolizado, e em 57,1% o autor era desconhecido. Quanto aos cuidados em saúde, para 64,8% foi realizada profilaxia anti-HIV, 37,3% profilaxia

para hepatite B, 32,7% contracepção de emergência e em 12% foi realizado aborto previsto em lei.

Tabela 5- Caracterização dos casos de violência sexual, no município de Novo Hamburgo/RS, conforme fichas de notificação de 2015 a 2020.

Características	Violência Sexual
Gestante	
Sim	6 (14%)
Não	37 (86%)
Situação conjugal	
Solteira	38 (73,1%)
Casada	10 (19,2%)
Viúva ou separada	4 (7,6%)
Local de Ocorrência	
Residência	22 (51,2%)
Bar ou Similar	4 (9,3%)
Via Pública e Comércio	17 (39,6%)
Episódio ocorreu mais de uma vez	
Sim	9 (19,6%)
Não	37 (80,4%)
Meio de Ocorrência	
Força Corporal	39 (75%)
Objeto perfuro cortante ou contundente	5 (9,6%)
Uso de substância ou envenenamento	3 (5,7%)
Arma de Fogo	5 (9,6%)
Ameaça	19 (36,5%)
Outro	10 (19,2%)
Autor alcoolizado	
Sim	25 (62,5%)
Não	15 (37,5%)
Autor	
Desconhecido	32 (57,1%)
Cônjuge ou Namorado (ou ex)	9 (16,2%)
Profilaxia DST	36 (67,9%)
Profilaxia HIV	35 (64,8%)
Profilaxia Hepatite B	19 (37,3%)
Contracepção de Emergência	17 (32,7%)
Aborto realizado por lei	6 (12%)
Total	58* (16,4%**)

*Totais podem diferir por incompletude de dados. **Percentual do total da amostra.
Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

A Tabela 6 compara as características de mulheres que sofreram violência física, sexual ou autoprovocada. Observa-se diferença estatística no que tange à

idade, em que a violência sexual se concentra nas mulheres mais jovens (p<0.001). A distribuição em relação à escolaridade e raça/cor não apresentou diferença estatística (p = 0,194). Observou-se que os casos de violência física atingiram mais gestantes, em comparação aos demais tipos de violência, em que o percentual de gestantes foi expressivamente menor (p<0.001). Em relação à situação conjugal, a violência sexual ocorreu predominantemente com mulheres solteiras ou divorciadas (p = 0,003). Nos casos de violência autoprovocada, evidenciou-se predomínio de mulheres com deficiências (p<0.001).

Tabela 6- Comparação de características das mulheres vítimas de violência física, sexual ou autoprovocada, no município de Novo Hamburgo/RS.

Características	Física	Sexual	Autoprovocada	p-valor**
Faixa etária (N=336)*				<0.001
18 a 24 anos	19 (26,8)	31 (53,4)	43 (20,8)	
25 a 36 anos	16 (22,5)	13 (22,4)	44 (21,3)	
37 a 47 anos	21 (29,6)	9 (15,5)	59 (28,5)	
47 anos ou mais	15 (21,1)	5 (8,6)	61 (29,5)	
Escolaridade (N=221)*				0,194
Menos de 4 anos de estudo	9 (18)	1 (2,9)	10 (7,4)	
4 a 8 anos de estudo	14 (28)	11 (31,4)	42 (30,9)	
8 a 12 anos de estudo	18 (36)	19 (54,3)	61 (44,9)	
12 anos ou mais	9 (18)	4 (11,4)	23 (16,9)	
Raça (N=313)*				0,580
Branca	50 (76,9)	47 (83,9)	157 (81,8)	
Não branca	15 (23,1)	9 (16,1)	35 (18,2)	
Gestante (N=242)*				<0.001
Sim	15 (27,8)	6 (14)	6 (4,1)	
Não	39 (72,2)	37 (86)	139 (95,9)	
Situação conjugal (N=304)*				0,003
Solteira/divorciada	39 (60)	40 (76,9)	92 (49,2)	
Casada/ Em união	26 (40)	10 (19,2)	88 (47,1)	
Viúva	0 (0)	2 (3,8)	7 (3,7)	
Possui deficiência (N=312)*				<0.001
Sim	14 (21,2)	5 (9,4)	104 (53,9)	
Não	52 (78,8)	48 (90,6)	89 (46,1)	
Total	71 (21,1)*	58 (17,3)*	207 (61,6)*	

*Totais podem diferir por incompletude de dados. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.
Fonte: SINAN- Novo Hamburgo

7 DISCUSSÃO

A violência contra a mulher inclui diversos tipos de violências, como a física, sexual, psicológica/emocional, abuso sexual, assédio sexual, entre outros. Nos últimos anos, é crescente estudos sobre o tema, para verificar fatores que estão associados à vulnerabilidade de mulheres para diferentes tipos de violência. Há também literatura apontando que a violência é um fenômeno disseminado na sociedade, atingindo todos os perfis sociodemográficos. Nosso estudo avaliou a comparação de fatores socioeconômicos (faixa etária, escolaridade, raça/cor, ser gestante, situação conjugal e possuir deficiência) e três diferentes tipos de violência: física, sexual e autoprovocada.

Para todas as violências, a concentração dos casos foi entre mulheres com 8 a 12 anos de estudo. Estudo recente também identificou predominância de mulheres com escolaridade acima de 8 anos sendo acometida pelos diferentes tipos de violência (FERREIRA et al, 2020).

Nas situações de violência física, houve uma maior proporção de mulheres de 37 a 47 anos e de gestantes. Nas situações de violência sexual, houve uma maior proporção de mulheres na faixa etária mais jovem e solteiras/divorciadas. A maioria das mulheres acometidas por violência autoprovocada possuía algum tipo de deficiência. As diferenças encontradas se traduzem como vulnerabilidades que expõem as mulheres a um determinado tipo de violência. Dados de uma revisão sistemática estimam que adultos com alguma deficiência possuam 1,5 maior chance de experienciar algum tipo de violência, comparados com adultos sem deficiências (HUGHES et al, 2012). Por causa da interseccionalidade de múltiplas formas de discriminação (incluindo discriminação de gênero, socioeconômica e racial), mulheres com alguma deficiência podem ser ainda mais vulneráveis a algum tipo de violência do que homens (MALIHI et al, 2021).

A raça/cor também aparece em estudos como um preditor de risco para a violência em mulheres. Segundo o Atlas da Violência (2021), uma mulher negra possui 1.7 vezes maior risco de ser vítima de homicídio quando comparada a uma mulher branca. Em nosso estudo, 18% das mulheres vítimas de violência eram negras.Considerando que Novo Hamburgo é a maior cidade de origem alemã do Rio Grande do Sul (IBGE, 2010), e que a população negra representa apenas 3.5% da

população total, os dados indicam que estas mulheres podem estar em risco para a violência.

7.1 LESÕES AUTOPROVOCADAS

As lesões autoprovocadas foram o tipo de violência mais relatado por mulheres no município de Novo Hamburgo entre 2015 e 2020, sendo que 64% das notificações possuíam registros de reincidência. Um estudo realizado em Goiás possui resultados semelhantes, onde as mulheres foram a grande maioria das vítimas de lesão autoprovocada, totalizando 67% das notificações entre os anos de 2010 e 2019. Este estudo demonstrou também um acréscimo de 100% nas notificações entre os anos de 2014 e 2015, eum aumento de 89% entre 2018 e 2019 (RODRIGUES et al, 2020).

Em nosso estudo, 30,2% das mulheres utilizaram o uso de alguma substância ou envenenamento como forma de lesão autoprovocada. Estes dados estão de acordo com um estudo descritivo que utilizou informações do SINAN e do SIH/SUS sobre lesões autoprovocadas em adolescentes (BAHIA, 2020). Neste estudo se avaliaram 15.702 notificações entre 2007 e 2016 no Brasil, e o envenenamento ou a intoxicação foi o meio mais utilizado de lesão autoprovocada. Apesar do estudo de Bahia et al (2020) ter focado nas lesões autoprovocadas em adolescentes, outros resultados foram semelhantes aos nossos. Por exemplo, a raça/cor branca foi predominante (58% dos casos); e a residência foi o local mais frequente dessas ocorrências – em nosso estudo, 93% das lesões ocorreram na residência da vítima.

Também no estudo de Rodrigues et al (2020) o item envenenamento/intoxicação foi o mais prevalente em ambos os sexos, com uma variação maior de 56% no sexo feminino. A maioria das vítimas de lesão autoprovocada no estado de Goiás, 84%, tentou contra sua vida na própria residência.

A baixa escolaridade também se apresenta como um fator de risco para lesões autoprovocadas em outros estudos. No estudo de Bahia et al (2017), foram avaliados 4.949 atendimentos relacionados à violência no ano de 2014. Os dados foram retirados do inquérito VIVA, realizado em 86 serviços de urgência e emergência de 24 capitais do Brasil. Comparando a chance de lesão autoprovocada e outros tipos de violência, houve maior chance de ocorrência de lesão

autoprovocada, para todos os grupos de escolaridade, se comparados àqueles de maior quantidade de anos de estudo (12 anos ou mais). Em nosso estudo, 47,5% das mulheres com registros de lesões autoprovocadas possuíam até o ensino fundamental completo, e 35,8% até o ensino médio completo.

A maioria das mulheres com lesões autoprovocadas era casada (46,4%). O status civil das mulheres aparece como um preditor para lesões autoprovocadas em uma revisão de escopo realizada no Nepal (KASAJU, 2021). Os autores fizeram a avaliação de 18 estudos sobre lesão autoprovocadas e suicídio, e verificaram que a maioria das vítimas era casada. Em um dos estudos avaliados, por exemplo, 73% das mulheres que cometeram suicídio eram casadas. Os autores discutem que estes dados podem ter relação com o estigma que mulheres separadas sofrem, o que faz com que elas se mantenham em relacionamentos infelizes por um longo período(KASAJU, 2021). Além disso, disparidades de gênero fazem com que mulheres estejam sujeitas ao abuso doméstico dos seus parceiros íntimos, incluindo violência física e sexual.

A revisão de Kasaju (2021) apontou outros fatores que devem ser considerados ao se analisar lesões autoprovocadas em mulheres. Fatores psicossociais e econômicos, como abuso, conflitos interpessoais, disputas conjugais, problemas de relacionamento, problemas de ajuste, empréstimos não pagos e perdas financeiras foram assinaladas nos estudos, assim como condições de saúde mental (como transtorno de humor, transtorno de adaptação e transtorno de abuso de substâncias).

Apesar dos nossos dados não possuírem informações sobre intenção da lesão autoprovocada, há uma necessidade de se prevenir este tipo de violência, especialmente entre a população feminina. Por se tratar de um problema multidimensional, os esforços de prevenção exigem coordenação e colaboração entre vários setores da sociedade, incluindo setores de saúde e não saúde, como educação, trabalho, negócios e justiça (WHO, 2014). Além disso, identificar indivíduos de alto risco na sua primeira entrada ao serviço e fornecer-lhes cuidados e apoio de acompanhamento deve ser um componente chave de todas as estratégias abrangentes de prevenção do suicídio (WHO, 2014).

7.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

A violência por parceiro íntimo afeta milhares de mulheres ao redor do mundo. Trata-se de uma violência de gênero, com consequências imediatas, como lesões, mas também de longo prazo, como dores crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, disfunções sexuais e comprometimento da saúde mental.

No Brasil, estima-se que 41% das mulheres já sofreram, pelo menos uma vez na vida, violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo, e 27% violência física (SCHRAIBER, 2007). Em nosso estudo, observamos 57 casos de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo na cidade de Novo Hamburgo/RS. A maioria das mulheres era branca (80,8%), casadas (46,4%), e com baixa escolaridade – 55,2% delas tinham até o ensino fundamental completo. Em estudo de caso-controle, onde se avaliaram mais de 151 mil mulheres com casos de Violência Perpetrada por parceiro Íntimo (VPI) registrados no SINAN entre 2011 e 2017, a alta escolaridade foi um fator de proteção para a violência por parceiro íntimo (PINTO et al, 2021).

Em nosso estudo, 90,9% da violência sofrida por parceiro íntimo foi física. A violência física possui uma alta prevalência no país, sendo recorrente razão para procura em serviços de saúde. O estudo transversal de Mascarenhas et. al (2021) avaliou dados de três anos do VIVA Inquérito (Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência) realizados entre 2011, 2014 e 2017 em 19 capitais e o Distrito Federal. Entre as mulheres, 85% das violências registradas foram físicas, com principal meio de agressão sendo a força física e o espancamento. Nas três edições da pesquisa, o atendimento por agressão perpetrada por parceiro íntimo foi mais frequente entre as mulheres, alcançando 31,6% no ano de 2017. Em nosso estudo, o principal meio de ocorrência também foi a força corporal (80,4%).

O álcool parece ser um importante fator nos casos de violência por parceiro íntimo. Em nosso estudo, 60,5% dos autores estavam alcoolizados. Um estudo transversal realizado com dados do SINAN, com mais de 27 mil notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal com suspeita do consumo de álcool pelo agressor, identificou que mulheres são as principais vítimas de violência por pessoas alcoolizadas (60,6%) (SILVA, 2022). O estudo buscou notificações, realizadas entre 2016 e 2019. A violência física foi predominante nos

casos analisados (81,9%) e o cônjuge ou companheiro foi responsável por 20,3% dos casos (SILVA, 2022).

A recorrência da violência por parceiro íntimo também é evidenciada na literatura. Em nossa amostra, 55% das mulheres declararam que a violência ocorreu mais de uma vez. No estudo de Pinto et al (2021), onde se avaliaram casos de VPI registrados no SINAN entre 2011 e 2017, 57% de quase 150 mil mulheres avaliadas sofriam com a violência crônica praticad por parceiro íntimo. Estes dados demonstram que é necessário o desenvolvimento de políticas públicas que não só facilitem a comunicação da violência para autoridades, mas que protejam estas mulheres de forma longitudinal de seus parceiros.

7.3 VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é um problema de saúde pública, com importantes consequências para as suas vítimas, desencadeando depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, além de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez. Em nosso estudo, as mulheres vítimas de violência sexual eram majoritariamente solteiras, com baixa escolaridade.

Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados no Brasil sobre o tema. No estudo ecológico de Kataguiri et al (2019), se avaliaram dados de 1996 vítimas de violência sexual no estado de Minas Gerais em 2016. Os dados do estudo foram retirados do SINAN. Neste estudo, destacou-se que uma grande parte das vítimas era solteira (43%), e possuía baixa escolaridade. Das vítimas com informação sobre escolaridade, 78% não haviam completado o Ensino Médio (697/891). Um estudo transversal realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, analisando casos de violência de 2000 a 2017, avaliou o atendimento de 711 mulheres vítimas de agressão sexual (SANTAREM, 2020). Neste estudo, a maioria das vítimas também era solteira (75,9%), 37% possuíam baixa escolaridade (9 anos de estudo ou menos).

Em relação ao autor e local da violência sexual, estudos tem mostrado uma alta porcentagem de violência praticada por um familiar ou conhecido da vítima, e em sua residência. Em nosso estudo, metade das violências sexuais analisadas ocorreram na residência das vítimas. No estudo de Kataguiri et al (2019), apenas 25.7% das violências sexuais foram praticadas por um estranho, e 50.5% ocorreram

na residência da vítima. No estudo de Delziovo (2017), realizado em Santa Catarina, também com dados extraídos do SINAN, apenas 32% dos perpetradores eram desconhecidos da vítima, e 63% das violências ocorreram na residência da vítima. Estes dados desmentem o mito de que a maioria das violências sexuais ocorre na rua, à noite, e é praticada por um desconhecido (DARTNALL; JEWKES, 2013).

A profilaxia pós-exposição sexual (PEP) ao HIV é uma importante ferramenta para evitar a infecção pela doença em pessoas vítimas de violência sexual. Segundo o Ministério da Saúde, a PEP é recomendada para todos os casos de violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida (exceto para abusos crônicos pelo mesmo agressor) e deve ser iniciada em até 72h após a violência. Em nosso estudo, cerca de 70% da amostra utilizou a PEP, seguindo as recomendações. No estudo de Santarem et. al (2020), 87.3% das mulheres utilizaram a PEP. No entanto, dados demonstram percentuais mais baixos de uso da profilaxia em outros estudos. No estudo de Delziovo, apenas 52% das mulheres receberam a profilaxia. No estudo de Kataguiri et al (2019), apenas 27,7% das vítimas de violência sexual fizeram uso da profilaxia de HIV, e não se teve acesso a esta informação em 24% da amostra.

Assim como a PEP, a contracepção de emergência também é indicada para casos de violência sexual, e deve ser administrada em até 72h a fim de impedir uma gravidez resultante desta violência. Ela deve ser administrada em todas as mulheres expostas à gravidez, e que não estavam utilizando outro método contraceptivo durante a violência (BRASIL, 2012). Em nosso estudo, 32% das mulheres fizeram uso da contracepção de emergência, porcentagem semelhante à encontrada por Delziovo (34.8%), mas abaixo da encontrada por Santarem et al (2020), que foi de 54.7%. As divergências em relação ao uso de profilaxias podem indicar uma dificuldade de acesso das mulheres ao serviço de saúde em tempo hábil, ou desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das recomendações para o atendimento das vítimas de violência sexual, violando um direito da vítima.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, estudamos a violência contra a mulher, um tema que, apesar de ter diferentes definições conceituais apresenta em sua origem a desigualdade de gênero. A identidade de gênero acabou sendo muito pouco explorada neste trabalho, devido, principalmente, ao baixo número de notificação em mulheres trans na perspectiva de um trabalho quantitativo, conforme já apresentado nos resultados. Devido à complexidade do fenômeno, a violência é um tema com pouca visibilidade em termos estatísticos, considerando que envolve o reconhecimento por parte da vítima, a busca por um serviço de saúde e a notificação por parte dos profissionais – da saúde e de outras áreas.

Os dados apresentados neste trabalho são reais, oriundos de notificações dos serviços de saúde. É importante destacar que, em uma primeira exploração dos dados, não imaginávamos o percentual de casos de violências autoprovocadas encontradas. Esse achado nos levou a refletir sobre a importância de devolutiva da pesquisa para a rede de saúde mental do município, a fim de que possam estar preparados para novas demandas, especialmente neste período de pandemia de COVID-19. Se destaca também a importância do mestrado profissional em qualificar a atenção à saúde dos municípios, considerando que as pesquisas são realizadas por profissionais inseridos e atuantes no processo de trabalho da rede de saúde.

A violência perpassa diferentes perfis socioeconômicos. Contudo, na comparação entre os perfis, foram observadas diferenças estatísticas quanto às faixas etárias, ser gestante, situação conjugal e ter deficiência. Essas diferenças apontaram características de maior vulnerabilidade para um determinado tipo de violência. Em relação à violência por parceiro íntimo, destacamos que a residência como local de ocorrência e o autor estar alcoolizado foram recorrentes, apontando que a residência não se constitui como local seguro para as mulheres. Em relação à violência sexual, consideramos que um baixo percentual recebeu os cuidados necessários – profilaxias e contracepção de emergência. Então, o tempo entre a ocorrência e a procura pelo serviço de saúde precisaria ser investigada, a fim de compreender se há falhas assistenciais. Essa seria uma contribuição importante deste trabalho, pois neste primeiro levantamento, se identificou que um pouco mais de 50% receberam cuidados profiláticos anti-HIV, sendo este um protocolo

amplamente divulgado, e cuja profilaxia pós-exposição sexual deveria estar disponível na rede de atenção.

Como toda a pesquisa científica, nosso estudo apresentou limitações. Acreditamos que a principal limitação se refere ao delineamento e planejamento de extração de dados. O planejamento inicial era de um estudo de coorte retrospectiva, com ênfase nos encaminhamentos, e com pesquisa de informações no prontuário eletrônico. Em função das limitações impostas pela COVID-19, a metodologia precisou de adaptações, e a extração de dados permanece em andamento. Assim, para este trabalho foi possível concluir somente a etapa descritiva, que envolvia a análise da série de casos para fins de confecção de um boletim epidemiológico municipal, e a etapa de comparações prevista no estudo transversal.

A segunda limitação se refere ao período de coleta de dados. Planejamos um estudo com dados que refletissem o período antes e durante a pandemia, com coleta de dados até dezembro de 2021. Pelos mesmos motivos explicitados acima, para fins desta dissertação, foi possível a extração de dados somente até o final de 2020. Esta inclusão objetivava compreender em que medida o isolamento social imposto pela pandemia poderia ter efeito sobre a violência contra a mulher no município estudado. Há autores apontando que o isolamento social pode ter potencializado situações de violência contra as mulheres (CORREA, 2021; VIEIRA et al, 2020).

Apesar destas limitações, em se tratando de um mestrado profissional, registramos as potentes contribuições das análises apresentadas, tendo em vista que os profissionais de saúde e de outros setores desconheciam os dados sobre violência no município. Assim, destacamos o caráter inovador deste trabalho, que fornecerá subsídios para a confecção de um boletim epidemiológico, sendo este um importante instrumento de divulgação da vigilância em saúde.

Espera-se que os resultados contribuam para a confecção de um boletim epidemiológico, dando visibilidade ao fenômeno. Espera-se ainda, que o trabalho possa impulsionar discussões intersetoriais e, em específico na rede de saúde, fortalecendo o diálogo entre a vigilância em saúde e a atenção básica, já que as equipes da atenção básica estão muito próximas das mulheres nos territórios.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARETTO, M.L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

ARD, K. L.; MAKADON, H. J. Addressing Intimate Partner Violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 8, p. 930–933, ago. 2011.

BACCHUS, L. J. et al. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, p. e019995, jul. 2018.

BAGAGLI, B. P. “Cisgênero nos discursos feministas: uma palavra “tão defendida; tão atacada; tão pouco entendida” Campinas, SP: UNICAMP/IEL/Setor de publicações, 2015. Disponível em https://www.iel.unicamp.br/arquivos/publicacao/Cisgenero-nos_discursos_feministas_uma_palavra_tao_defendida_tao_atacada_tao_pouco_entendida.pdf

BAHIA, C. A. et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico da Luta Contra a Violência à Mulher. N°04. Out, 2020. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletimLutaContraViolenciaMulherNo05_2020.pdf Acesso em: 15 jan. 2021.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449–469, ago. 2014.

BARUFALDI, L. A. et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, set. 2017.

BO, M.; CANAVESE A. et al. Violence against pregnant women in the experience of the rape centre of Turin: Clinical and forensic evaluation. **J ForensicLeg Med**. 2020.

BRASIL. **Lei 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Lei N° 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for

atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Brasília, v.44, n.19. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013. Acesso em 28 abr 2021. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, Edição Especial, Set, 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, v.51, n.49. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/17/boletim_epidemiologico_svs_49.pdf. Acesso em: 27 de jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011_versao_eletronica.pdf Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais.** Senado Federal. Brasília, n.2. 2018. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/529424 Acesso em 11 nov 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 1.356, de 23 de junho de 2006.** Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 2.406, de 5 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Ministério da saúde/ Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília**, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica- nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres Acesso em: 17 nov. 2020.

COELHO, Francisca Aline de Freitas et al. Perfil epidemiológico de mulheres em situação de violência de gênero no Estado do Ceará, 2008 a 2017. **Cadernos ESP**. Ceará. v.13, n.1, p. 237-46. 2019.

CORREA, Jailda de Souza. As projeções do avanço em saúde mental nos casos de tabagismo, álcool e violência doméstica no cenário pandêmico da covid-19: uma revisão sistemática da literatura. **Dissertação de Mestrado**. 2021. Disponível em: http://repositorio.uninove.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1524/JAILDA%20DE%20SOUZA%20CORREA.pdf?sequence=1. Acessoem: 20 fev. 2021.

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best practice & research. **Clinical obstetrics &gynaecology** vol. 27,1. 2013.

DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687–1696, maio 2018.

DELZIOVO, C.R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 6. 2017.

FERREIRA, Patrícia Chatalov et al. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. **Revista Enfermagem UFPE** online. 2020.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016.

GIANNINI, R. A. et. al. Evidências sobre violência contra mulheres no Brasil, na Colômbia e no México: Tendências, desafios e caminhos para o futuro. **Artigo Estratégico 45**, Rio de Janeiro, p. 1-34, 1 jan. 2020. Disponível em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2020/01/2020-01-30-AE45_Evidencias-sobre-violencia-contra-mulheres-no-Brasil-na-Colombia-e-no-Mexico.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

HUGHES K., BELLIS M.A., JONES L., et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies.**Lancet** ;379(9826):1621–1629. 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (org.). **Atlas da Violência 2019**. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: 2019. ISBN 978-85-67450-14-8. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 1 abr. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (org.). **Atlas da Violência 2019**. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, 2021. ISBN 2764-0361. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf. Acesso em: 1 abr. 2022.

KASAJU, S.P et. al. Suicide and deliberate self-harm among women in Nepal: a scoping review. **BMC Women's Health** 21, 407. 2021. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01547-3

KATAGUIRI, L. G. et al. Characterization of sexual violence in a satet from the southeast region of Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 28, 2019.

LUCENA, K. D. T et. al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **J Hum Growth**. v.26, n.1, p. 139-146, 2016. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/119238 Acesso em: 22 abr. 2021.

MALIHI Z.A. et. al. Prevalence of Nonpartner Physical and Sexual Violence Against People With Disabilities. **AJMP**. VOLUME 61, ISSUE 3, P329-337, 2021.

MASCARENHAS, M. D. et al. Prevalence of exposure to violence among adults – Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 24, suppl 2. 2019.

OLIVEIRA, M.A. et. al. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **FEMINA**; v.43; n.3, p.105-110. 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-763819 Acesso em 15 jun 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres. **Nova York**: ONU, 1993. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf Acesso em 10 nov 2020.

PINTO, I. V. et al. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, n. Suppl 01, 2020.

PINTO, I. V. et al. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 3, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria da Segurança Pública**/ Indicadores da violência contra a mulher - Lei Maria da Penha. Indicadores da violência contra a mulher geral e por município 2019. Disponível em: https://ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher Acesso em: 10 dez. 2020.

RODRIGUES, M. F. et al. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. **RevCientEsc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"**. 2020.

SANTAREM, M. D. et al. Epidemiological Profile of the Victims of Sexual Violence Treated at a Referral Center in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 42, n. 09, 2020.

SANTOS, I. B. et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.25, n.5, p. 1935-1946, Mai. 2020.

SCHRAIBER, L. B et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2007, v. 41, n. 5, 2007.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, vol. 16, no2, Porto Alegre, 1990, p.5. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721. Acessoem 17 nov. 2020.

SILVA, E. et al. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. **Revista de Saúde Pública**. v. 49, n. 00, 2015.

SILVA, E. R; HINO, P.; FERNANDES, H.. Características Sociodemográficas da Violência interpessoal associada ao consumo de álcool. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, fev. 2022.

SOUZA, A. A. C; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 77-86, 2018.

SWAN, L. E. T. et al. Discrimination and Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration Among a Convenience Sample of LGBT Individuals in Latin America. **JournalInterpersonalViolence**. 2019.

VIEIRA, P.R et. al. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?.**RevistaBrasileira de Epidemiologia**. v. 23, 2020.

WALKER, Leonore. **The battered woman**. New York: Harper and How, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. 2013. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625 Acesso em: 17 nov. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

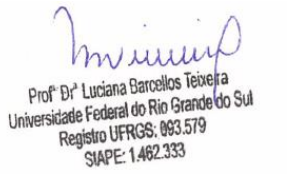
As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das pessoas que se encontram cadastradas no banco do SINAN Violências em Novo Hamburgo, no período de 2015 a 2021. Declaram ainda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto de pesquisa, e que serão divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 05 de julho de 2021.

_____

LetíciaHamester

Aluna de mestrado



_____

Luciana Barcellos Teixeira

Professora orientadora

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

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 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09

3 Data da notificação

4 UF

5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 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

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

10 Nome do paciente

11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

14 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade — 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 à 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 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF

20 Município de Residência — Código (IBGE)

21 Distrito

22 Bairro

23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

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 — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

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 — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física; Deficiência Intelectual; Deficiência visual; Deficiência auditiva; Transtorno mental; Transtorno de comportamento; Outras

Dados da Ocorrência

40 UF

41 Município de ocorrência — Código (IBGE)

42 Distrito

43 Bairro

44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número

46 Complemento (apto., casa, ...)

47 Geo campo 3

48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência

50 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência — 01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias/construção; 09 - Outro; 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

Violência

66 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

68 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- ☐ Física
- ☐ Psicológica/Moral
- ☐ Tortura
- ☐ Sexual
- ☐ Tráfico de seres humanos
- ☐ Financeira/Econômica
- ☐ Negligência/Abandono
- ☐ Trabalho infantil
- ☐ Intervenção legal
- ☐ Outros _____

67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- ☐ Força corporal/ espancamento
- ☐ Enforcamento
- ☐ Obj. contundente
- ☐ Obj. pérfuro-cortante
- ☐ Substância/ Obj. quente
- ☐ Envenenamento, intoxicação
- ☐ Arma de fogo
- ☐ Ameaça
- ☐ Outro_____

Violência Sexual

68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- ☐ Assédio sexual
- ☐ Estupro
- ☐ Pornografia infantil
- ☐ Exploração sexual
- ☐ Outros _____

68 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- ☐ Profilaxia DST
- ☐ Profilaxia HIV
- ☐ Profilaxia Hepatite B
- ☐ Coleta de sangue
- ☐ Coleta de sêmen
- ☐ Coleta de secreção vaginal
- ☐ Contracepção de emergência
- ☐ Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

80 Número de envolvidos ☐
- 1 - Um
- 2 - Dois ou mais
- 9 - Ignorado

81 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Cônjuge
- ☐ Ex-Cônjuge
- ☐ Namorado(a)
- ☐ Ex-Namorado(a)
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmão(ã)
- ☐ Amigos/conhecidos
- ☐ Desconhecido(a)
- ☐ Cuidador(a)
- ☐ Patrão/chefe
- ☐ Pessoa com relação institucional
- ☐ Policial/agente da lei
- ☐ Própria pessoa
- ☐ Outros_____

82 Sexo do provável autor da violência ☐
- 1 - Masculino
- 2 - Feminino
- 3 - Ambos os sexos
- 9 - Ignorado

83 Suspeita de uso de álcool ☐
- 1- Sim
- 2 - Não
- 9- Ignorado

84 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐
- 1-Criança (0 a 9 anos)
- 2-Adolescente (10 a 19 anos)
- 3-Jovem (20 a 24 anos)
- 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
- 9-Ignorado

Encaminhamento

86 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- ☐ Conselho Tutelar
- ☐ Conselho do Idoso
- ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso
- ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos
- ☐ Ministério Público
- ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher
- ☐ Outras delegacias
- ☐ Justiça da Infância e da Juventude
- ☐ Defensoria Pública

Dados finais

86 Violência Relacionada ao Trabalho ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

87 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐
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	TELEFONES ÚTEIS	Disque Direitos Humanos
136	Central de Atendimento à Mulher 180	100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO HAMBURGO

NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC
NOVO HAMBURGO

FOLHA DE DESPACHO

Título do Projeto: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, 2015 -2020

Nome da proponente: LETÍCIA HAMESTER

Contato: leticiahamester@fsnh.net.br

IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Ao Numesc,

Para avaliação, encaminhamos o projeto acima referido.

Data: 23/04/21

NUMESC
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
Responsável pelo Protocolo

Avaliação NUMESC:

O projeto acima referido foi avaliado pela comissão do NUMESC

( ) cumpre os requisitos estabelecidos para a realização de trabalhos acadêmicos nos serviços da rede de saúde do município.

(X) Recomendado ajustes:

Data: 03/05/2021

NUMESC
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
Comissão de avaliação do NUMESC

Obs: ver pág 27 - 04ª linha -> 2-15 (semic 2015) ? -> Fazer Compl.

À Diretoria / Unidade:

Para análise da viabilidade de realização, conforme cronograma previsto, encaminhamos o projeto acima referido.

Data:

NUMESC
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
Comissão de avaliação do NUMESC

Roberta Andrea Frank
COREN 231229,
Atenção Integral a Saúde da Mulher
SMS / PMNH

Parecer da área / unidade:

(X) Autorizado ( ) Não Autorizado

Data: 07/06/2021

Tatiane Soares de Souza
Diretora de Governo Eletrônico
Responsável Área / Unidade

O ACESSO DEVE SER SOLICITADO VIA E-MAIL INDICANDO O PERÍODO DA PESQUISA, OS NOMES DOS PACIENTES DEVEM OBEDECER O SIGILO QUE A LEGISLAÇÃO ESTABELECE.

Ao Secretário Municipal de Saúde,

Para apreciação e validação, encaminhamos o projeto acima referido, que foi submetido à avaliação do NUMESC e apresenta parecer favorável e viabilidade à sua realização.

Data:

NUMESC
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

Clairinês de Oliveira
Coordenadora do NUMESC

Parecer do Secretário Municipal de Saúde:

Data:

Marcelo André Reidel
Dir. Administrativo
SMS Novo Hamburgo

Dr. Naasom Luciano da Rocha
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaração da Instituição Coparticipante

Título do Projeto: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, 2015 -2020

Nome do Pesquisador Responsável: LETÍCIA HAMESTER

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a:

(X) Resolução CNS Nº 466/2012

( ) Resolução CNS N°510/2016

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, bem como garantir a confidencialidade dos dados acessados conforme a legislação.

+

Nome da Instituição: PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO / SECRETARIA MUNICIPAL / DIRETORIA DE GOVERNO ELETRÔNICO

CNPJ: 88254875000160

Nome do Responsável : Tatiane Soares de Souza

Novo Hamburgo, 08 de junho de 2021.

Tatiane Soares de Souza
Diretora de Governo Eletrônico

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Observação: Este documento deve estar digitado, assinado e anexado na Plataforma Brasil. Somente será aceita a assinatura digital que estiver autenticada em cartório.

ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC
NOVO HAMBURGO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O Secretário Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, após avaliação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), AUTORIZA a realização do trabalho denominado ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, 2015 -2020 a ser realizado por LETÍCIA HAMESTER sob supervisão da Prof.ª Dra. LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA. A coleta de dados deverá ser realizada através de PESQUISA, no período do 5º e 6º bimestre de 2021.

Os pesquisadores acima referidos, assumem desde já o compromisso de:

1. Obedecerem as disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

2. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas identidades e imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou das instituições envolvidas, respeitando deste modo as Resoluções Éticas, em especial a Resolução do CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

3. Disponibilizar uma cópia do trabalho, após a conclusão, para o acervo do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), autorizando a utilização do mesmo em suas atividades de educação permanente e divulgação nos relatórios de produção científica, bem como apresentar os resultados em eventos internos, quando solicitado.

Novo Hamburgo, 08 de junho de 2021.

Marcelo André Reidel
Dir. Administrativo
SMS Novo Hamburgo

Dr. Naasom Luciano da Rocha
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO E - APROVAÇÃO CEP UFRGS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PROPESQ UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, 2015 - 2021

Pesquisador: Luciana Barcellos Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51675621.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.008.529

Apresentação do Projeto:

Proposta de Dissertação de Mestrado, junto ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFRGS e Fiocruz), de autoria de Letícia Hamester, com orientação da Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira (EEnf/UFRGS).

Estudo quantitativo, epidemiológico, analítico e observacional, cujo desenho corresponde a uma pesquisa de coorte retrospectiva.

População: mulheres residentes em Novo Hamburgo que sofreram situações de violência, no período de 2015 a 2021, cujos casos foram notificados no setor Saúde, através da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/autoprovocada no SINAN. A estimativa é que sejam analisadas 800 notificações no período selecionado.

Os casos serão descritos e, posteriormente, serão conhecidos, através do sistema de informação GMUS do município, os atendimentos, a ocorrência de internações hospitalares e comorbidades, os encaminhamentos realizados às mulheres vítimas dos diferentes tipos de violência, e os desfechos decorrentes.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

Análise dos dados: estatística descritiva através do SPSS.

Justificativa para dispensa do TCLE:
Trata-se de projeto cuja metodologia propõe análise de dados secundários para estruturação da política de enfrentamento contras às violências, a partir de dados existentes. O projeto conta com interface entre bases de dados (linkage). Não há como encontrar com toda a amostra, porque inclui inclusive pessoas que possivelmente foram a óbito ou migraram para outros municípios. Neste sentido, há pedido de dispensa com justificativa. A Secretaria Municipal de Novo Hamburgo solicitou parecer da Diretoria de Governo Eletrônico do município, que manifestou concordância com a proposta.

Cronograma: de 31/8/2022 a 30/10/2023 (previsão de coleta de dados de 03/01/2022 a 29/04/2022).

Orçamento: R$ 206,00 (financiamento próprio).

Centro coparticipante: CEP Novo Hamburgo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral
Analisar os casos de violência contra a mulher a partir das notificações no Município de Novo Hamburgo/RS, considerando o recorte por gênero.

Objetivos Específicos
- Descrever as características sociodemográficas das mulheres e a ocorrência de violência no período gestacional em vítimas de violência em Novo Hamburgo e as características dos agressores;
- Identificar o tipo mais frequente e o principal local onde ocorreram as violências contra as mulheres;
- Identificar os estabelecimentos que realizam as notificações nos casos de violências contra as mulheres;
- Analisar os atendimentos, a ocorrência de internações hospitalares e comorbidades, os

encaminhamentos realizados às mulheres vítimas dos diferentes tipos de violência, e os desfechos decorrentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

O estudo prevê a exposição dos usuários a riscos mínimos, devido à necessidade do banco de dados com identificação, para computar episódios recorrentes de violência. Para dirimir esta questão, será criada uma variável numérica no banco de dados, que será chamada código de identificação, utilizando-se o mesmo quando da notificação de mais de uma situação na mesma pessoa. Após a criação desta variável, os nomes dos casos serão excluídos da base de
dados do estudo.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são indiretos, pois se trata de um estudo com dados de pessoas que já passaram por situações de violência. Os resultados poderão ser utilizados para o aprimoramento de políticas de saúde, como por exemplo, dialogando com a Política de Educação Permanente que qualifica os profissionais de saúde para atuarem no enfrentamento do tema. Assim, considera-se que os resultados serão potencialmente relevantes para o município, na medida em que todos os serviços de saúde da atenção básica e outros setores, como segurança pública, escolas e assistência social, terão acesso ao material. Além disso, destaca-se o benefício indireto ao enfrentamento da violência na sociedade, ao pesquisar fatores relacionados a um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver apresentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- projeto completo, com carta de anuência/aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo e TCUD;
- informações básicas da PB;
- folha de rosto devidamente assinada;
- justificativa de ausência de aplicação do TCLE;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se em acordo com as resoluções CNS/MS 466/2012 e 510/2016. Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1818929.pdf	11/09/2021 21:25:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justif_aus_TCLE.pdf	11/09/2021 21:24:03	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Leticia_31ago2021.pdf	11/09/2021 21:14:03	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_R_assinada.pdf	11/09/2021 21:11:44	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Setembro de 2021

Assinado por:
Patrícia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br