

Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014)

Violence against women in Niterói/RJ: data from the Violence and Accident Surveillance System (2010 to 2014)

Marcella Martins Alves Teofilo¹ , Pauline Lorena Kale² ,
Ana Lúcia Fontes Eppinghaus¹ , Otilia Pimenta Azevedo³ ,
Rejane Santos Farias³ , José Pedro Maduro Neto⁴ , Antônio José Leal Costa² ,
Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti² 

Resumo

Introdução: Violência contra mulheres constitui uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar as notificações de violência contra mulheres (10 anos de idade ou mais), residentes em Niterói/RJ (2010-2014). **Método:** Estudo descritivo de série de casos. As fontes de dados foram o *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)* e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram descritas as distribuições das características de violência e calculadas as taxas de incidência. **Resultados:** Foram notificados 307 episódios de violência com incidência de 26,2/100 mil, decrescente com a idade. O percentual de incompletude variou de 0 a 65%. *Violência física* (186) predominou, seguida de violências *psicológica* (121) e *sexual* (96) e de *negligência* (64). As adolescentes foram as principais vítimas de violência sexual (56,3%). Cônjuges, ex-cônjuges, namorados(as), ex-namorados(as) foram autores em 42,6% das agressões físicas, indicando ocorrência de violência entre parceiros íntimos. Mães foram responsáveis por 50,7% das negligências, refletindo a ausência de compartilhamento e a sobrecarga feminina com relação à criação dos filhos. **Conclusão:** As notificações de violência interpessoal/autoprovocada possibilitam intervir caso a caso, e a análise sistemática das informações poderá respaldar a elaboração de políticas e estratégias de prevenção e enfrentamento da violência contra mulheres.

Palavras-chave: violência; violência contra a mulher; sistemas de informação em saúde; vigilância em saúde pública; gênero e saúde.

Abstract

Background: Violence against women is a violation of human rights and a public health problem. **Objective:** To analyze surveillance reports of violence against women (aged 10 years or more), living in Niterói, RJ, from 2010 to 2014. **Method:** Descriptive study based on case series was carried out. Case reports and population estimates were provided, respectively, by the National Surveillance Information System (SINAN) and the Brazilian Ministry of Health (DATASUS). Incidence rates and proportions were calculated according to violence related characteristics. **Results:** There were 307 reported cases of violence with incidence rate 26.2 per 100 thousand in the period studied decreased with age. Data incompleteness ranged from zero to 65%. *Physical violence* (n=186)

¹Coordenação de Vigilância em Saúde, Fundação Municipal de Saúde - Niterói (RJ), Brasil.

²Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Equipe de Notificação e Prevenção de Violências, Área Técnica de Notificação e Prevenção de Acidentes e Violências, Divisão de Vigilância dos Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Serviço de Epidemiologia e Avaliação, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Trabalho realizado na Coordenação de Vigilância em Saúde, Fundação Municipal de Saúde de Niterói - Niterói (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Marcella Martins Alves Teofilo, Av. Ernani do Amaral Peixoto, 171, 3º andar, sala 302 - CEP: 24020-071 - Niterói (RJ), Brasil - Email: marcellateofilo@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



was the most frequent type, followed by *psychological* (n=121), *sexual* (n=96) and *negligence* (n=64). Adolescents were the main victim of *sexual violence* (56.3%). Husband, ex-husband, boyfriend or ex-boyfriend were perpetrators in 42.6% of physical assaults, denoting the occurrence of violence between intimate partners. Mother was considered as the perpetrator in 50.7% of negligence cases, reflecting lack of sharing and female burden related to raising children alone. **Conclusion:** Interpersonal/self-induced violence surveillance allow individual interventions and provide data for policy development towards prevention of violence against women. **Keywords:** violence; violence against women; health information systems; public health surveillance; gender and health.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social e histórico, com manifestações variadas nas diferentes culturas. A partir do final do século XX, a violência intrafamiliar e, em especial, a violência contra a mulher ganharam maior visibilidade, incrementando os estudos sobre o tema no Brasil e no mundo^{1,2}.

Estudo multicêntrico em 10 países, incluindo o Brasil, entre 2000-2003, mostrou que mulheres de 15 a 49 anos, em ampla variedade de contextos culturais e geográficos, estavam sob maior risco de sofrer violência por parceiro íntimo do que por qualquer outro possível agressor³⁻⁵.

No Brasil,

[...] entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado (Lei nº 10.778/2003, art.1º, pará. 1º)^{6,1}.

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)^{7,8} define a violência doméstica e familiar contra a mulher a partir das relações estabelecidas no âmbito da unidade doméstica, da família e das relações íntimas de afeto, independente de coabitação e orientação sexual, e, entre outras formas, tipifica-a como física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

As causas da violência contra a mulher são: a cultura patriarcal; o estabelecimento de relações hierárquicas de poder dos homens sobre as mulheres na sociedade; a imposição de papéis sociais diferenciados para homens e mulheres, tomando o sexo biológico como referência para fazer essa distinção; a baixa escolaridade e renda; o uso abusivo de álcool e drogas por parte dos agressores; e, por fim, a naturalização/legitimação da violência por meio do silêncio por parte de muitas mulheres, de seus familiares e amigos, da sociedade e das autoridades governamentais^{9,10}.

Assim, a violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos, um grave problema social e de saúde pública, que causa morte e incapacidade, abala sua autonomia, destrói sua autoestima e diminui sua qualidade de vida, trazendo consequências à estruturação pessoal, familiar e social⁷, além de provocar repercussões intergeracionais^{3,9,11}.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) criou o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes* (VIVA), com objetivo de reduzir a morbimortalidade por tais agravos^{12,13}. Para isso, concebeu a *Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências* Interpessoais (FNV), em que profissionais de saúde notificam situações de violência

suspeitas ou confirmadas, sendo incorporada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2009¹²⁻¹⁴.

Em 2011, a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais se tornou universal^{13,15}, e, em 2014, a violência sexual e as tentativas de suicídio se tornaram eventos de notificação imediata na esfera municipal (por telefone, em até 24 horas)¹⁶. Em seguida, concomitante à atualização do SINAN para versão 5.0, o MS alterou a FNV, mudando a denominação do agravo para *Violência Interpessoal/Autoprovocada*, e tornou a ficha intersetorial ao criar um campo para notificação por outras fontes notificadoras, além das unidades de saúde. Atualmente, está em uso a versão da FNV de 15/06/2015.

Este artigo apresenta a análise das notificações de violência contra mulheres com 10 anos de idade ou mais, residentes em Niterói/RJ, no período 2010-2014. O pressuposto é que a análise e a divulgação das informações oriundas das notificações de violência ocorridas nesse município trarão visibilidade à situação de violência contra a mulher em Niterói, sensibilizando profissionais de saúde e contribuindo para a qualificação da vigilância às violências. Espera-se que tais informações promovam reflexões sobre estratégias preventivas, de assistência e acompanhamento das mulheres sob risco de violência interpessoal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de uma série de notificações de episódios de violência contra mulheres de 10 anos ou mais de idade com classificação final *confirmada* ou *provável*, residentes em Niterói, no período compreendido entre 01/01/2010 e 31/12/2014.

Resulta de trabalho realizado com a Coordenação de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (COVIG/FMSN), no âmbito do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e do estudo "Avaliação e monitoramento da vigilância contínua de violências em municípios do estado do Rio de Janeiro", com apoio financeiro do CNPQ (Edital Universal/2012), ambos desenvolvidos pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ)¹⁷. A escolha do período de análise, de 2010 a 2014, foi por causa da implantação, em 2010, do componente contínuo do VIVA na rede pública de atenção à saúde localizada no município; assim, a notificação dos episódios de violência passou a incluir vítimas de todas as idades atendidas na rede pública de saúde desde então. O ano de

2014 correspondeu ao último ano com informações disponíveis no momento da coleta de dados.

A construção e a análise dos indicadores se pautaram em documento do Ministério da Saúde¹⁸. As informações apresentadas se referem às variáveis da FNV versão SVS-10/07/2008. Já os dados foram obtidos do SinanNet¹⁹ na COVIG/FMSN²⁰.

A exportação da base de dados do módulo de violência do SINAN/COVIG/FMSN foi realizada no dia 19/02/2015. Foram identificadas 1.424 notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, das quais 563 eram registros de violência contra mulheres com 10 anos ou mais. Desse total, 68,2% eram de residentes em Niterói (n = 384). Foram excluídas da análise 37 notificações classificadas como ignorado/branco, inconclusivo e descartado, resultando em uma população de estudo composta de 307 notificações classificadas como confirmada ou provável (Figura 1).

Foram analisadas as seguintes variáveis com base nos campos FNV: unidade de saúde/fonte notificadora; município de ocorrência; local de ocorrência; idade; raça/cor; escolaridade; situação conjugal/estado civil; gravidez confirmada; recorrência; evolução do caso; tipo de violência; vínculo/grau de parentesco do provável autor¹⁴. Idade foi analisada por faixa etária e pela classificação de ciclo da vida (adolescentes: 10-19 anos; adultas: 20-64 anos; e idosas: 65 anos ou mais)^{18,21,22}.

As análises foram realizadas para o quinquênio. Foram calculadas as taxas de incidência de episódios de violência por 100 mil mulheres com 10 anos ou mais, total e por faixa etária, e calculados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As estimativas populacionais anuais por município, sexo e idade foram obtidas na página do TABNET

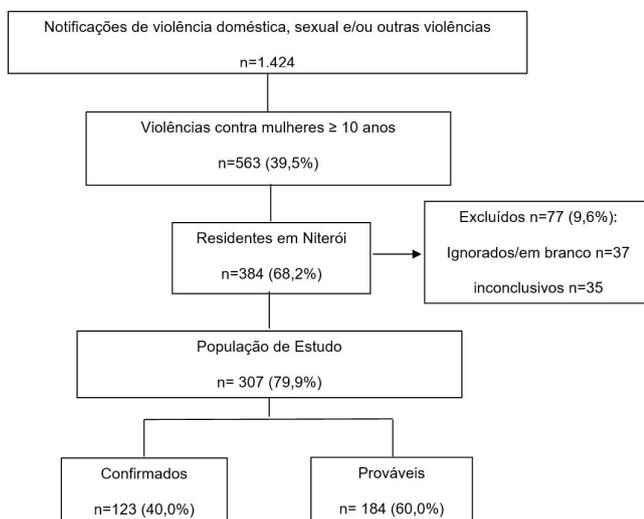


Figura 1. Fluxograma da população de estudo. Fonte: Sinan Net - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (COVIG/FMSN: Coordenação de Vigilância em Saúde/Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ, 2010-2014)^{19,20}

do Ministério da Saúde, realizadas pela RIPSA, exceto no ano de 2014, em que foram elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE²³.

Foi analisada a completitude, percentual de campos da ficha de notificação que não foram preenchidos ou ignorados, importante para a avaliação da qualidade do preenchimento do instrumento e da fidedignidade das informações produzidas. Foram descritas as distribuições absoluta e relativa (%) dos episódios de violência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (CAAE: 36887914.6.0000.5286).

RESULTADOS

No quinquênio, foram notificados 307 episódios confirmados ou prováveis de violência contra mulheres, representando um risco médio de 26,2 por 100 mil (IC95%: 23,4-29,2). A taxa de incidência de violência por 100 mil apresentou um gradiente decrescente com a idade. O risco de sofrer violência para as adolescentes foi 23 vezes superior ao das idosas (Figura 2).

Na Tabela 1, são apresentadas as características da população de estudo. Somente *tipo de unidade notificadora* e *idade* apresentaram 100% de completitude. As demais características tiveram valores superiores a 10% de informações ignoradas ou em branco, podendo comprometer a descrição do perfil epidemiológico dos casos de violência.

A notificação foi realizada pelos hospitais e pronto atendimentos em 76,9% (n = 236) dos casos e apenas em 10,8% (n = 33) por unidades de atenção primária à saúde.

A residência da vítima foi o local de ocorrência em 48,5% dos episódios, seguida da via pública, com 20,5%.

Notificações de violência contra adolescentes representaram 56% dos casos, e contra idosas (65 ou mais anos), em torno de 3%.

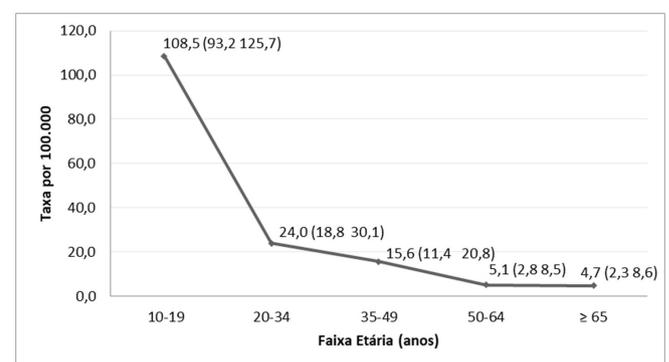


Figura 2. Taxa de incidência de eventos de violência e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) segundo faixa etária, Niterói/RJ, 2010-2014. Fonte: Fundação Municipal de Niterói e Ministério da Saúde (DATASUS)^{19,23}

Tabela 1. Episódios notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres de 10 anos ou mais, residentes em Niterói/RJ, segundo variáveis selecionadas, de 2010 a 2014

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Tipo de unidade notificadora		
Posto de saúde	26	8,5
Centro de saúde/unidade básica	7	2,3
Policlínica	37	12,1
Hospital geral	170	55,4
Hospital especializado	24	7,8
Pronto-socorro geral	15	4,9
Unidade de apoio à diagnose e terapia	1	0,3
Pronto atendimento	27	8,8
Município de ocorrência (RJ)		
Araruama	1	0,3
Belford Roxo	1	0,3
Itaboraí	3	1,0
Maricá	1	0,3
Niterói	263	85,7
Rio de Janeiro	2	0,7
São Gonçalo	5	1,6
Ignorado/em branco	31	10,1
Local de ocorrência		
Residência	149	48,5
Habitação coletiva	3	1,0
Escola	2	0,7
Local de prática esportiva	1	0,3
Bar ou similar	11	3,6
Via pública	63	20,5
Comércio/serviços	1	0,3
Indústrias/construção	1	0,3
Outros	45	14,7
Ignorado/em branco	31	10,1
Faixa etária		
10-14	82	26,7
15-19	90	29,3
20-34	70	22,8
35-49	43	14,0
50-64	13	4,2
65 ou mais	9	3,0
Raça/cor		
Branca	74	24,1
Preta	58	18,9
Amarela	1	0,3
Parda	90	29,3
Ignorado/em branco	84	27,4
Escolaridade		
Analfabeto	2	0,6
1ª a 4ª série incompleta do EF	18	5,9
4ª série completa do EF	7	2,3
5ª a 8ª série incompleta do EF	35	11,4
Ensino fundamental completo	12	3,9
Ensino médio incompleto	19	6,2
Ensino médio completo	21	6,8
Educação superior incompleta	5	1,6
Educação superior completa	7	2,3
Ignorado/em branco	181	58,9

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN (19/02/2015)^{19,20} e DATASUS²³

Tabela 1. Continued...

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Situação conjugal		
Solteiro	161	52,4
Casado/união consensual	56	18,2
Viúvo	9	2,9
Separado	11	3,6
Não se aplica	15	4,9
Ignorado/em branco	55	17,9
Gestante		
Sim	31	10,1
Não	108	35,2
Não se aplica	69	22,5
Ignorado/em branco	99	32,2
Recorrência		
Sim	93	30,3
Não	116	37,8
Ignorado/em branco	98	31,9
Evolução do caso		
Alta	87	28,3
Evasão/fuga	15	4,9
Óbito por violência	3	1,0
Óbito por outras causas	2	0,7
Ignorado/em branco	200	65,1
Total	307	100,0

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN (19/02/2015)^{19,20} e DATASUS²³

Predominaram mulheres pardas, com 29,3%, seguidas de brancas, com 24,1%; contudo, 27,4% das notificações não tinham informação sobre raça/cor.

Não houve diferença expressiva na frequência de casos com escolaridade até o ensino fundamental incompleto (20,2%) e ensino fundamental completo, médio e superior (20,8%); entretanto, em mais da metade dos casos essa informação era ignorada (58,9%).

Em relação à situação conjugal, 52,4% das mulheres que sofreram violência eram solteiras e aproximadamente 18% das notificações não traziam essa informação.

A situação obstétrica da mulher foi informada em 45,3% (n = 139) das notificações, e 10,1% (n = 31) estavam grávidas no momento da agressão.

A violência se mostrou recorrente em 30,3% dos episódios notificados (variável ignorada/em branco em 31,9%). Foram registrados três óbitos por violência (duas adultas que se suicidaram, uma por queda de altura e outra por envenenamento, e uma vítima adolescente que foi alvejada por projétil de arma de fogo durante tiroteio em comunidade); contudo, a proporção

de ignorados para a variável evolução do caso abrangeu 65,1% (n = 200) das notificações.

Na Tabela 2, são apresentadas as distribuições dos casos por ciclo da vida (faixa etária) e raça/cor para cada tipo de violência. Predominaram mulheres de 20-64 anos para todos os tipos de violência, exceto violência sexual e negligência, com prevalência de adolescentes (10-19 anos). Idosas representaram a menor frequência de casos, independentemente do tipo de violência, e ocuparam o segundo posto de maior frequência para negligência. Apenas para tortura predominaram mulheres brancas, enquanto para os demais tipos de violência a raça/cor parda foi a mais frequente (Tabela 2).

Com relação ao vínculo/grau de parentesco do provável autor da agressão, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a) ou ex-namorado(a) foram responsáveis por 42,6% dos episódios de violência física (n = 176), por 6,5% das violências sexuais (n = 92), por 25% das notificações de tortura (n = 20) e por 32,8% das violências psicológicas/moral (n = 125). Além disso, o cônjuge foi o autor em dois episódios de violência financeira (n = 5). As agressões perpetradas por esses autores são indicativas de violência por parceiros íntimos (Tabela 3).

Tabela 2. Tipos de violência notificada contra mulheres de 10 anos ou mais, residentes em Niterói/RJ, segundo ciclo da vida e raça/cor, de 2010 a 2014

Variáveis	Física N (%)	Psicológica/moral N (%)	Tortura N (%)	Sexual N (%)	Negligência N (%)
Ciclo da vida					
Adolescentes (10-19 anos)	81 (43,5)	55(45,5)	10 (45,5)	54 (56,3)	58 (90,6)
Adultas (20-64 anos)	102 (54,8)	64 (52,9)	12 (54,5)	40 (41,7)	2 (3,1)
Idosas (65 anos ou mais)	3 (1,6)	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (2,1)	4 (6,2)
Total	186 (100,0)	121 (100,0)	22 (100,0)	96 (100,0)	64 (100,0)
Raça/cor					
Branca	58 (37,9)	41 (41,0)	12 (63,2)	25 (33,3)	5 (16,1)
Preta	38 (24,8)	14 (14,0)	3 (15,8)	16 (21,3)	12 (38,7)
Amarela	1 (0,7)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Parda	56 (36,6)	44 (44,0)	4 (21,1)	34 (45,3)	14 (45,2)
Total	153 (100,0)	100 (100,0)	19 (100,0)	75 (100,0)	31 (100,0)

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN (19/02/2015)^{19,20}; Nota: as violências *financeira*, *trabalho infantil* e *outra* não foram apresentadas na tabela, pois juntas contribuíram com apenas 13 episódios segundo ciclo da vida e 8 episódios segundo raça/cor. A expressão N (%) se refere a frequência absoluta e percentual dos tipos de violência segundo as variáveis selecionadas

Tabela 3. Tipos de violência notificada contra mulheres de 10 anos ou mais, residentes em Niterói/RJ, segundo vínculo/grau de parentesco do provável autor da agressão, 2010 a 2014

Vínculo/grau de parentesco do agressor	Física N (%)	Sexual N (%)	Tortura N (%)	Psicológica/ moral N (%)	Negligência N (%)
Pai	5 (2,8)	3 (3,3)	0 (0,0)	3 (2,4)	14 (18,7)
Mãe	12 (6,8)	1 (1,1)	0 (0,0)	9 (7,2)	38 (50,7)
Padrasto	5 (2,8)	4 (4,3)	0 (0,0)	7 (5,6)	2 (2,7)
Cônjuge	41 (23,3)	1 (1,1)	2 (10,0)	23 (18,4)	0 (0,0)
Ex-cônjuge	16 (9,1)	1 (1,1)	2 (10,0)	7 (5,6)	1 (1,3)
Namorado(a)	10 (5,7)	2 (2,2)	1 (5,0)	7 (5,6)	3 (4,0)
Ex-Namorado(a)	8 (4,5)	2 (2,2)	0 (0,0)	4 (3,2)	0 (0,0)
Filho(a)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,6)	4 (5,3)
Irmão(a)	7 (4,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	2 (1,6)	0 (0,0)
Amigos/conhecidos	12 (6,8)	14 (15,2)	1 (5,0)	12 (19,6)	2 (2,7)
Desconhecido(a)	40 (22,7)	54 (58,7)	14 (70,0)	36 (28,8)	2 (2,7)
Outros vínculos*	15 (8,5)	8 (8,7)	0 (0,0)	9 (7,9)	8 (10,7)
Total	176 (100,0)	92 (100,0)	20 (100,0)	125 (100,0)	75 (100,0)

Fonte: SINAN/COVIG/FMSN (19/02/2015)^{19,20}; *outros vínculos: tia/tio, vizinhos, primo/prima, bandido, pai do filho, genro/nora, atual mulher do ex-marido, ex-mulher do atual marido, avós, sobrinhos (informações retiradas da base SINANNET¹⁹ de onde foram extraídos os dados para este trabalho); Nota: as violências *financeira*, *trabalho infantil* e *outra* não foram apresentadas na tabela, pois juntas contribuíram com apenas 13 episódios. Os perpetradores *madrasta*, *cuidador* e *pessoa com relação institucional* também não foram apresentados na tabela, pois juntos contribuíram com 10 episódios. A expressão N (%) se refere à frequência absoluta e percentual dos tipos de violência segundo as variáveis selecionadas

DISCUSSÃO

As notificações de violência em Niterói evidenciam o processo de consolidação do VIVA, mas estão ainda aquém do esperado¹³. As 307 notificações de violência contra mulheres no quinquênio representaram um risco médio de 26,2/100 mil mulheres, refletindo apenas uma parcela dos episódios de violência, ou seja, aqueles provenientes da esfera terciária, responsável majoritariamente por situações de maior gravidade do ponto de vista da assistência médica, necessitando de cuidado imediato.

Hospitais e serviços de urgência e emergência são as principais fontes de notificação de violência contra a mulher,

enquanto nas unidades de atenção primária à saúde (APS) é maior a subnotificação^{17, 24-26}. Garcia et al.²⁵ apontaram que as emergências comumente constituem a porta de entrada dos casos de violência e, muitas vezes, o único contato com o sistema de saúde. Porém, Kind et al.²⁶ mostraram que a violência contra a mulher faz parte do cotidiano na APS e que a subnotificação não significa desconhecimento dos profissionais de saúde quanto à ocorrência das situações, mas reflete “[...] temores, receios, incompreensões e atravessamentos de toda ordem que os interpelam quando confrontados com as violências contra mulheres [...]”^{26:1812}. Nesse sentido, o sentimento de impotência

e as dificuldades de atuação multiprofissional e intersetorial contribuem para a (in)visibilidade da violência contra a mulher na APS e devem ser considerados no seu enfrentamento^{26,27}. O predomínio de notificações na esfera hospitalar também reforça a importância do fluxo de retorno da informação para os profissionais de saúde da rede, a fim de sensibilizá-los a notificar as situações de violência identificadas.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) permitem o monitoramento da situação de saúde²⁸, e, no Brasil, as bases de dados secundárias de abrangência nacional são cada vez mais utilizadas em estudos e pesquisas²⁹. A qualidade dos dados é um atributo importante a ser avaliado, pois uma base de dados de boa qualidade deve ser completa, fidedigna, sem duplicidades e com campos totalmente preenchidos e consistentes^{30,31}.

Romero e Cunha³² avaliaram a qualidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos com relação à incompletude das informações e classificaram como excelente (< 5%), bom (5-10%), regular (10-20%), ruim (20-50%) e muito ruim (≥ 50%). Considerando esse mesmo critério para analisar a qualidade do preenchimento das notificações de violência contra mulheres residentes em Niterói, *evolução do caso e escolaridade* tiveram qualidade muito ruim; *gestante, recorrência e raça/cor*, ruim; e *situação conjugal/estado civil*, regular.

Delzio et al.³³ avaliaram a qualidade dos dados SINAN VIVA em Santa Catarina, de 2008 a 2013, encontrando boa completude (proporção média de preenchimento das variáveis de 93,3%), aceitável duplicidade e excelente consistência.

Santos et al.³⁴ analisaram as notificações de violência contra adolescentes em Pernambuco, de 2009 a 2012, segundo os critérios de Romero e Cunha³², tendo encontrado dados de qualidade ruim e muito ruim. Os autores mencionaram a fragilidade na qualidade dos dados nos SIS, em especial com relação à completude das informações, e a importância dessa avaliação no SINAN VIVA.

Girianelli et al.³¹ investigaram a coerência entre os campos da FNV nas notificações do Estado do Rio de Janeiro entre 2009 e 2016, identificando alta proporção de incongruências. Os autores recomendaram procedimentos de programação que poderiam reduzir substancialmente a maioria das incongruências.

O número elevado de campos em branco ou ignorados restringe análises fidedignas. Todavia, a produção e a divulgação sistemática de informações decorrentes da análise de dados secundários constituem uma ferramenta para o aprimoramento dos SIS, contribuindo para a percepção do significado e da utilidade dos registros efetuados³⁵, sensibilizando os profissionais de saúde para o bom preenchimento da FNV, com fidedignidade das informações.

Os 307 casos de violência contra mulheres residentes em Niterói analisados neste estudo apresentaram perfil similar ao encontrado em outras pesquisas, como maior frequência de

violência entre as mais jovens, sem companheiro, na residência, com predomínio de violência física, psicológica/moral e sexual, além de registros de negligência entre adolescentes e idosas^{2,24,25,34,36-42}.

Com relação à raça/cor, no VIVA inquérito 2014, 70% das mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo eram negras⁴⁰. Na Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, a prevalência de violência cometida por pessoas conhecidas na população adulta (≥ 18 anos) foi maior entre mulheres, jovens e pessoas negras e pardas⁴¹. As mulheres negras morrem mais por agressão em todas as faixas etárias, exceto entre as idosas²⁷. Em Santa Catarina, adolescentes brancas foram as principais vítimas de violência sexual notificada entre 2008 e 2013³³, possivelmente decorrente do alto contingente da população branca no Estado (89,3%). Em Niterói, predominaram os episódios de violência em mulheres pardas (29,3%), e a notificação de mulheres brancas (24,1%) foi superior às negras (18,9%), contudo a proporção de 27,4% de registros em branco/ignorado prejudica a análise.

Na Albânia, uma investigação sobre violência física conjugal mostrou aumento do risco de violência quanto maior a escolaridade das mulheres, principalmente nas situações em que elas possuem escolaridade maior que o marido; no entanto, níveis de escolaridade iguais foi fator de proteção¹⁰. Contudo, as pesquisas mostram associação entre menor escolaridade e violência contra a mulher^{27,33,42}. Em Niterói, a ausência dessa informação em mais da metade das notificações obstaculiza possíveis considerações.

Estudo de casos e controles com base no VIVA inquérito 2011 encontrou maior risco de violência doméstica e familiar entre mulheres mais jovens, sem atividade remunerada, com baixa escolaridade e consumo de álcool²⁵. Análise da violência por parceiro íntimo (VPI), a partir do VIVA Inquérito 2014, identificou como principais vítimas mulheres, jovens, negras, sem atividade remunerada e com baixa escolaridade, com predomínio de violência física, e a residência como local mais frequente⁴⁰. Em Lages, Santa Catarina, Anacleto et al.⁴² constataram associação entre menor renda e menor escolaridade, com maior prevalência de violência física grave entre parceiros íntimos. Ainda que a violência contra a mulher esteja presente em todos os estratos sociais^{10,43}, esses resultados demonstram que piores condições socioeconômicas acarretam maior vulnerabilidade para violência contra a mulher.

Apesar de 32,3% dos registros com informação em branco/ignorada com relação à situação obstétrica, as 31 gestantes no momento da agressão sinalizaram uma questão importante que deve ser rastreada em razão das graves consequências da violência na gravidez. Hemorragias, morte materna, interrupção da gestação, aumento do risco de morte perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade são possíveis danos decorrentes da violência na gestação^{38,39}. Estudo realizado com 1.379 gestantes

usuárias do Sistema Único de Saúde, acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde no município de Campinas (SP) entre 2004 e 2006, identificou uma prevalência de 19,1% de violência psicológica e 6,9% de violência física/sexual. Esses autores sugerem a necessidade de mecanismos apropriados para identificação e abordagem da violência durante a gestação, especialmente na APS³⁹.

A recorrência dos episódios (30,3%) sinaliza que as situações de violência não constituem fenômenos isolados, refletindo a configuração de relações interpessoais, violentas entre familiares e pessoas próximas. Análise das notificações de violência contra crianças e adolescentes em Feira de Santana/BA, de 2009 a 2011, evidenciou recorrência dos episódios em mais de 50% dos casos notificados e óbitos em 15,3% das 432 notificações de violência infantojuvenil⁴⁴. Barufaldi et al.²⁷ identificaram violência de repetição em 15,9% das mulheres com notificação de violência e que morreram por agressão entre 2011 e 2016.

O número de óbitos encontrado neste estudo (n = 3) não refletiu a realidade, pois, segundo os registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) obtidos na página do Ministério da Saúde⁴⁵, nesse mesmo período ocorreram 19 óbitos por suicídio (categorias X60-X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-10ª Revisão – CID-10⁴⁶) entre mulheres com 10 anos ou mais residentes em Niterói e 6 óbitos por agressão por meios não especificados (categoria Y09 da CID-10).

Barufaldi et al.²⁷ compararam as taxas de mortalidade por agressão entre mulheres com e sem notificação prévia de violência, de 2011 a 2016, e encontraram, em todas as idades, risco maior de homicídio entre as vítimas de violência notificadas anteriormente. As vítimas de violência física apresentaram risco de morte por agressão 523,7 vezes maior em crianças, 116,7 vezes maior em adolescentes, 112,2 vezes maior em adultas e 326,3 vezes maior em idosas, em relação à população feminina geral. O parceiro íntimo foi identificado como provável autor em 33,8% das notificações de violência contra mulheres em 2015, e quando consideradas apenas as adultas, em 48,2%. A recorrência das agressões abrangeu 15,9% das mulheres assassinadas com notificação prévia por violência. As autoras ressaltam a situação de vulnerabilidade das mulheres vítimas de VPI e a ineficácia das medidas protetivas esperadas em decorrência da notificação²⁷.

A análise da ocorrência e a distribuição dos tipos de violência destacam que um episódio notificado pode envolver mais de um tipo de violência. A violência psicológica (rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, humilhação e cobrança exagerada)^{14,47} é a modalidade de violência mais frequente, comumente precedendo e associada a outras formas de violência^{5,36,48}. No Brasil, entre 2009 e 2014, violência física, psicológica/moral

e sexual foram as mais registradas no VIVA SINAN¹³, mesma ordenação observada no presente estudo (Tabela 2).

A preponderância de notificações de violência sexual em adolescentes em Niterói está em consonância com o observado na literatura. Em 2012, foram notificados no Brasil 20.299 casos de violência sexual no VIVA SINAN, dos quais 77,2% na faixa etária de 0 a 19 anos⁴⁹. Em Santa Catarina, entre 2008 e 2013, a violência sexual representou 12,5% das notificações de violência contra mulheres. Em 69,7%, as vítimas eram adolescentes (10 a 19 anos), sendo 47,3% na faixa etária de 10 a 14 anos³³. As autoras salientam que mais da metade desses episódios foi recorrente, com agressores familiares (21,5%) ou conhecidos (29,4%)³³.

A maioria das situações de violência doméstica contra mulheres ocorre no interior da residência, e o agressor é seu parceiro íntimo ou alguém do sexo masculino bem próximo à vítima^{2,25,40,41}.

No Brasil, estudos de base populacional^{5,36} identificaram prevalência de violência psicológica, física e sexual por parceiro íntimo. Em estudo multicêntrico da OMS³⁻⁵, o Brasil apresentou posição considerada intermediária ou baixa. No Peru, foram obtidos os índices mais elevados em relação à violência física, enquanto no Japão, os mais baixos. Na Etiópia, mais da metade das mulheres entrevistadas relatou ter sofrido violência sexual pelo menos uma vez na vida⁴.

Em Niterói, ocorreram cinco notificações de tortura com descrição de episódios de violência física e psicológica/moral grave por parceiro íntimo: cônjuge (n = 2), ex-cônjuge (n = 2) e namorado (n = 1) (Tabela 3). Desconhecidos foram apontados como agressores em 70% das notificações de tortura (n = 20), com registro de violência sexual e psicológica/moral contra 13 mulheres e violência física em 12 delas. Essas situações se enquadram como tortura enquanto

[...] ato de submeter alguém à guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida com intenção preventiva.^{14:42}

A negligência, por si só, não configura violência contra a mulher⁷, constituindo uma omissão por parte do responsável pelo cuidado a alguém que não possui autonomia plena, como crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Essa discussão foge ao escopo deste trabalho, mas cumpre destacar que a responsabilização da mãe como agressora em 50,7% dos episódios de negligência (n = 75) reflete o peso social da condição feminina no cuidado com filhos, crianças ou adolescentes (Tabela 3).

Não obstante as limitações decorrentes da subnotificação e do elevado índice de incompletitudes, o perfil de violência contra a mulher evidenciado neste estudo fornece elementos para o seu enfrentamento, principalmente pelo setor da saúde.

Em Niterói, desde 2015, a COVIG encaminha as FNV para as policlínicas regionais e, destas, para as equipes de atenção primária responsáveis. São realizadas reuniões mensais com profissionais de saúde, conselheiros tutelares, representantes da educação e da assistência social, em que se discutem os casos e os encaminhamentos a serem realizados.

A recorrência dos episódios, as situações de violência na gestação, a residência como local mais frequente das agressões e o maior risco de morte por agressão em mulheres com notificação prévia de violência²⁷ corroboram a gravidade das situações de violência contra as mulheres e reforçam a importância do VIVA contínuo e das estratégias de vigilância às violências interpessoais/autoprovocadas no enfrentamento da violência contra a mulher. O conhecimento oportuno e sistematizado da ocorrência da violência interpessoal e intrafamiliar pode ser um instrumento de articulação entre os serviços de saúde, favorecendo a intervenção em conjunto com outros setores da sociedade, como educação, assistência social, judiciário e organizações não governamentais, além de aproximar os profissionais de saúde e as mulheres que vivem em situação de violência, promovendo a comunicação e o cuidado^{24,25,44,49}.

O Ministério da Saúde (MS)⁵⁰, por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres, ressalta que a intervenção dos serviços de saúde nessas situações possui papel de destaque, por serem instrumentos de garantia dos direitos humanos, haja vista que a maioria das mulheres possui contato com o sistema de saúde em algum momento da vida. Nessa ocasião, é fundamental que os profissionais de saúde estejam habilitados para identificar as situações de violência, as quais demandam atendimento intersetorial ao envolver educação, saúde, assistência social, segurança pública, cultura, turismo e lazer⁴⁹. No entanto, as pesquisas evidenciam a impotência dos profissionais de saúde em lidar com as situações de violência doméstica e familiar contra mulheres, a ineficácia das atuais medidas protetivas e o desafio da intersetorialidade^{13,26,27,41,42}.

O enfrentamento da violência contra a mulher pelo setor da saúde se dá por intermédio da educação permanente, visando qualificar os profissionais para trabalhar os fenômenos desse agravo com ênfase no empoderamento feminino mediante a apropriação do conceito de equidade de gênero, ou seja, da valorização do papel da mulher na sociedade e do seu entendimento enquanto sujeito de direito.

É preconizado pelo MS que esse tipo de atendimento esteja pautado no correto diagnóstico dos casos de violência contra a mulher, na promoção da assistência humanizada, na estruturação, na ampliação e no desenvolvimento dos serviços especializados ou de referência por meio da valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e da consolidação da eficácia das abordagens.

Ademais, permanece a necessidade de abordagem do tema nas graduações de saúde, considerando sempre a necessidade de apoio às repercussões na vida e saúde dos estudantes e profissionais envolvidos, sem o qual, como chamam atenção Minayo et al.¹³, permanecerá o estranhamento à racionalidade biomédica.

A análise das notificações de violência contra mulheres em Niterói, efetuada no presente estudo, apesar das limitações decorrentes da qualidade das informações, trouxe visibilidade ao VIVA, sinalizando a importância da atitude de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, o estabelecimento de vínculos de confiança e as iniciativas de fortalecimento da autoestima e da autonomia da mulher. Torna-se importante, portanto, reafirmar a necessidade de se dispor de dados válidos e confiáveis, bem como de se investir em ações de vigilância.

■ AGRADECIMENTOS

À Jacqueline Ramos Almeida, técnica da área de informação da COVIG, pela ajuda na coleta e tabulação dos dados. Suely Cotta, supervisora das ações de enfrentamento das violências no município de Niterói - DESUM, pelo apoio na concepção e no delineamento do estudo.

■ REFERÊNCIAS

1. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(6):950-6.
2. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):129-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>. PMID:10738157.
3. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8). PMID:17027732.
4. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO Publications; 2005.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitz AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>. PMID:17923901.
6. Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União*, 24 de novembro de 2003.
7. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar 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. *Diário Oficial da União*, 7 de agosto de 2006.

8. Brasil. Lei nº 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 incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União, 9 de março de 2015.
9. Albuquerque LA No, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MMP. Violência contra a mulher e suas consequências. Acta Paul Enferm. 2014;27(5):458-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400075>.
10. Burazeri G, Roshi E, Jewkes R, Jordan S, Bjegovic V, Laaser U. Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. BMJ. 2005;331(7510):197-201. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7510.197>.
11. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saude Publica. 2002;36(4):470-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>. PMID:12364921.
12. 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.
13. Minayo MCS, Souza E, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Cien Saude Colet. 2018;23(6):2007-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. PMID:29972507.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 25 de janeiro de 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 17 de fevereiro de 2016.
17. Cavalcanti MLTC. Monitoramento e avaliação do processo de implantação das estratégias de vigilância às violências em Niterói. Rio de Janeiro: FAPERJ; 2013. Relatório Final Técnico Científico de Pesquisa: processo nº E-26/110.596/2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Roteiro para uso do SINAN net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Niterói. Prefeitura Municipal. Banco de dados do servidor municipal da Coordenação de Vigilância em Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde de Niterói; 2015.
21. Organización Mundial de la Salud – OMS. Problemas de salud de la adolescencia. Geneva: Organización Mundial de La Salud; 1965.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Informações em saúde. Demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2015 fev 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtom.exe?novapop/cnv/popbr.def>
24. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Cien Saude Colet. 2013;18(5):1263-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>. PMID:23670454.
25. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. Cad Saude Publica. 2016;32(4):e00011415. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011415>. PMID:27096297.
26. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(9):1805-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300020>. PMID:24068226.
27. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. Cien Saude Colet. 2017;22(9):2929-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>. PMID:28954144.
28. German RR, Lee LM, Horan JM, Milstein RL, Pertowski CA, Waller MN. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR Recomm Rep. 2001;50(RR-13):1-35, quiz CE1-7. PMID:18634202.
29. Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. R Bras Est Pop. 2009;26(1):7-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982009000100002>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 (Série A. Normas e manuais técnicos).
31. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. Cad Saude Colet. 2018;26(3):318-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030075>.
32. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saude Publica. 2007;23(3):701-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>. PMID:17334583.
33. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica. 2017;33(6):e00002716. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002716>. PMID:28724022.
34. Santos TMB, Cardoso MD, Pitanguí ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, et al. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(12):3907-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>. PMID:27925130.
35. Cavalcanti MLT, Costa AJL, Cunha NV, Carvalho RMG, Sucupira ED, Santos MLF, et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. Cad. Sal.Colet. 2012;20:161-8.

36. Barros EM, Silva MA, Falbo GH No, Lucena SG, Ponzio L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(2):591-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>. PMID:26910166.
37. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002;359(9313):1232-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08221-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08221-1). PMID:11955557.
38. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2004;18(4):260-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x>. PMID:15255879.
39. Audi CAF, Segal-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):877-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500013>. PMID:18695785.
40. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):e00062317. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00062317>. PMID:29617483.
41. Mascarenhas MDM, Sinimbu RB, Malta DC, Silva MMA, Santos AF, Vieira MLFP, et al. Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. *Cien Saude Colet.* 2017;22(11):3763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.08672016>. PMID:29211181.
42. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad Saude Publica.* 2009;25(4):800-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400011>. PMID:19347206.
43. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalence of violence against women users of health services. *Ver Saude Públ.* 2006;40(4):1-7. PMID:16906310.
44. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilâncias de Violências/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(3):77-784. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de infomção sobre mortalidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2015 fev 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10rj.def>
46. Organização Mundial da Saúde – OMS. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2014.
47. 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.
48. Fonseca DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Soc.* 2012;24(2):307-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>.
49. Vieira LJES, Silva RM, Cavalcanti LF, Deslandes SF. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Cien Saude Colet.* 2015;20(11):3407-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.20512014>. PMID:26602718.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretarias de Políticas; 2011.

Recebido em: Jun. 22, 2018
Aprovado em: Mar. 29, 2019