

Secretário

José Macedo Sobral

Superintendente Executivo

Francisco Marcel F. Resende

Diretor de Planejamento

Evandro da Silva Galdino

Ficha Técnica

**Núcleo Estratégico da SES –
NEST.SES**

Coordenação

Eliane Aparecida do
Nascimento

Equipe Técnica

Marcelo Henrique de Andrade

Marco Aurélio Oliveira Góes

Maria das Graças Boaventura

Patrícia Lima da Silva

Ruberval Leone Azevedo

Tereza Cristina Cruz Moraes

Maynard

Autoria

Patrícia Lima da Silva

Colaboração

Secretaria de Estado da Mulher,
da Inclusão e Assistência
Social, do Trabalho, dos Direitos
Humanos e Juventude – SEIDH/
Coordenadoria Estadual de
Políticas Públicas para
Mulheres de Sergipe).

INFORME EPIDEMIOLÓGICO ANO II N° I, Março de 2016

Violência contra as mulheres em Sergipe: um olhar da Saúde

O entendimento da violência como um problema de saúde pública causando muitos prejuízos humanos físicos e psicológicos (**ver tabela1**), para além das questões sociais e econômicas não é recente. É um fenômeno difuso e complexo, influenciada pela cultura e submetida a uma contínua revisão na medida em que valores e normas sociais evoluem e diferem de locais, épocas e realidades diferentes.

A violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, afetando-as pelo simples fato de serem mulheres, uma vez que a construção de gênero perpassa pelos papéis de feminino e masculino que são construídos e assumidos na sociedade.

Foi com os movimentos feministas a partir da década de 50 que os casos de violência contra a mulher passaram a tornar-se público porque até então pertenciam ao âmbito privado, reflexo de uma sociedade machista e patriarcal onde era dado como “natural” a relação de dominação e poder com o uso ou não de força física contra a mulher.

Desde a década de 80 a área de saúde tem desempenhado um papel propositivo de enfrentamento. Em 2002 a Organização Mundial da Saúde - OMS definiu a violência como:

*“Uso intencional da força física ou do **poder**, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.*

Ampliando a concepção de violência para as situações onde necessariamente não seja produzido sofrimento ou morte, mas que impõe um impacto substancial no indivíduo, na família, comunidade e sistemas de saúde que poderá ser imediato ou durar por anos mesmo após a interrupção do ato violento.

Em 2014 o MS através da *PT/GM nº1271/junho de 2014*, determinou que todos os equipamentos de saúde deveriam realizar a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal/autoprovocada contra as mulheres, e sendo de natureza sexual ou tentativa de suicídio que deveria ser também imediata.

Tabela1. Conseqüências à saúde resultantes da violência contra a mulher.

Sintomas	Características
Físicos	lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, fraturas, distúrbios gastrintestinais, cefaléias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, funcionamento físico reduzido, fadiga crônica, mudanças bruscas de peso
Sexuais e Reprodutivas	distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aborto sem segurança, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intra-uterino, morte fetal e materna
Psicológicas e Comportamentais	abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico, inatividade física, baixa auto-estima, distúrbios de estresse pós-traumático, tabagismo, comportamentos suicidas e autoflagelo, comportamento sexual inseguro

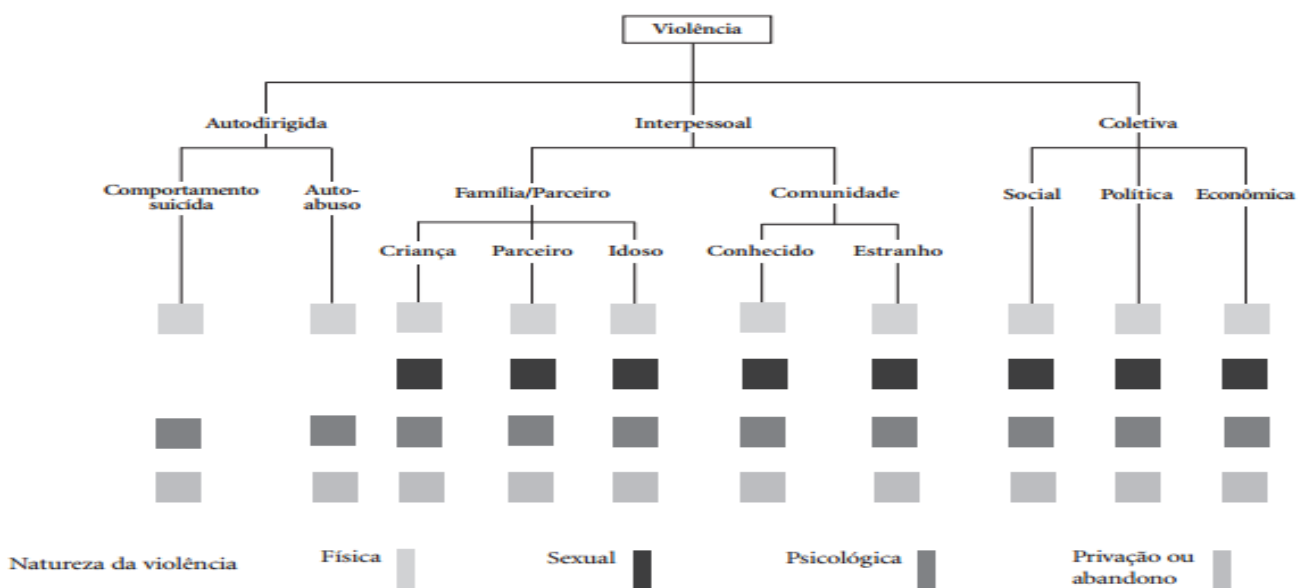
FONTE: Revista Latino-americana Enfermagem 2006 nov-dez;14(6). www.eerp.usp.br/rlae

Tipificação

Para a OMS, a violência esta dividida em três grandes categorias, e esta subdividida conforme demonstrado na **Figura1**:

- Violência autodirigida: aquela que a pessoa comete contra si próprio;
- Violência interpessoal: aquela infligida por outro ou por um pequeno grupo;
- Violência coletiva: aquela cometida por grupos maiores, por milícias, grupos políticos, terroristas.

Figura1. Tipologia da Violência



FONTE: OMS, 2002.

Epidemiologia

O Estado de Sergipe, assim como o Brasil, apresenta um percentual populacional feminino superior ao masculino. Em 2015, as mulheres no território sergipano representaram, segundo projeção do IBGE, 51,11% da população, sendo 34,04% menores ou igual a 19 anos, 55,88% entre 20 e 59 anos e 10,08% de mulheres acima de 60 anos.

A Central de Atendimento à Mulher- Disque 180, equipamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, tem por finalidade realizar orientação, receber denúncias e fazer encaminhamentos via telefonia. Em 2015, no primeiro semestre, realizou 364.627 atendimentos, dos quais 328 foram de Sergipe, o equivalente a uma taxa de registro de 33,56 por 100 mil mulheres, colocando-o como 6º Estado Brasileiro e o 2º do nordeste no ranking de taxa de atendimento por cem mil mulheres – **figura 2** (Informação disponibilizada pela Secretaria de Estado da Mulher, da Inclusão e Assistência Social, do Trabalho, dos Direitos Humanos e Juventude – SEIDH/ Coordenadoria Estadual de Políticas Públicas para Mulheres de Sergipe).

Figura 2. Ranking dos Estados segundo taxa de atendimento por 100 mil mulheres. Brasil, 1º semestre 2015.

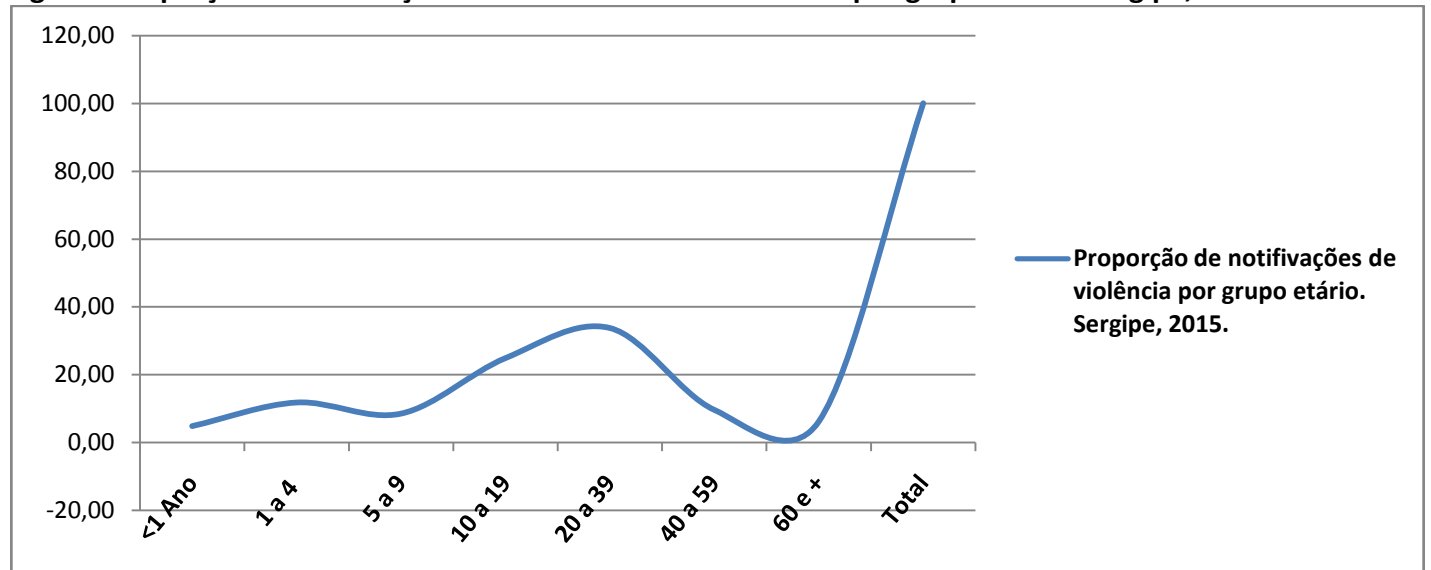
Quantidade	UF	ESTADO	Quantidade de Denúncias por Estado	População feminina Por Estado	Taxa de Registro pela população feminina por grupo de 100.000 mulheres
1º	DF	DISTRITO FEDERAL	805	1.337.726	60,18
2º	PI	PIAUI	506	1.145.136	44,19
3º	GO	GOIAS	924	2.640.162	35,00
4º	MS	MATO GROSSO DO SUL	676	1.934.127	34,95
5º	RO	RONDONIA	187	543.112	34,43
6º	SE	SERGIPE	328	977.351	33,56
7º	RJ	RIO DE JANEIRO	4099	12.478.945	32,85
8º	AL	ALAGOAS	515	1.853.662	27,78
9º	MG	MINAS GERAIS	2661	9.646.788	27,58
10º	MA	MARANHAO	705	2.729.506	25,83
11º	PR	PARANA	1417	5.815.000	24,37
12º	AC	ACRE	68	288.634	23,56
13º	RS	RIO GRANDE DO SUL	1352	5.773.518	23,42
14º	ES	ESPIRITO SANTO	557	2.406.147	23,15
15º	RN	RIO GRANDE DO NORTE	375	1.629.306	23,02
16º	PB	PARAÍBA	405	1.805.173	22,44
17º	MT	MATO GROSSO	368	1.728.515	21,29
18º	SC	SANTA CATARINA	508	2.841.136	17,88
19º	TO	TOCANTINS	85	493.666	17,22
20º	PE	PERNAMBUCO	938	5.682.974	16,51
21º	BA	BAHIA	2257	14.107.731	16,00
22º	AP	AMAPÁ	42	266.837	15,74
23º	PA	PARA	919	6.328.866	14,52
24º	SP	SAO PAULO	4756	39.525.941	12,03
25º	RR	RORAIMA	17	147.785	11,50
26º	CE	CEARÁ	271	4.128.997	6,56
27º	AM	AMAZONAS	60	1.107.565	5,42

FONTE: Balanço 2015 do 1º semestre da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180

Os profissionais de saúde, em 2015, através do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, registraram 1022 notificações de violência interpessoal/autoprovocada, das quais 740 (72,41%) foram de mulheres, distribuídos em seus diversos ciclos de vida (**Figura 3**). Podendo ser observado que esta é predominante entre as mulheres ainda adolescentes, acompanhando durante toda a fase adulta. Mas não

significando que nas mulheres idosas não haja casos de violência, o que existe é uma dificuldade na identificação destes casos, sendo mais visíveis durante o atendimento domiciliar.

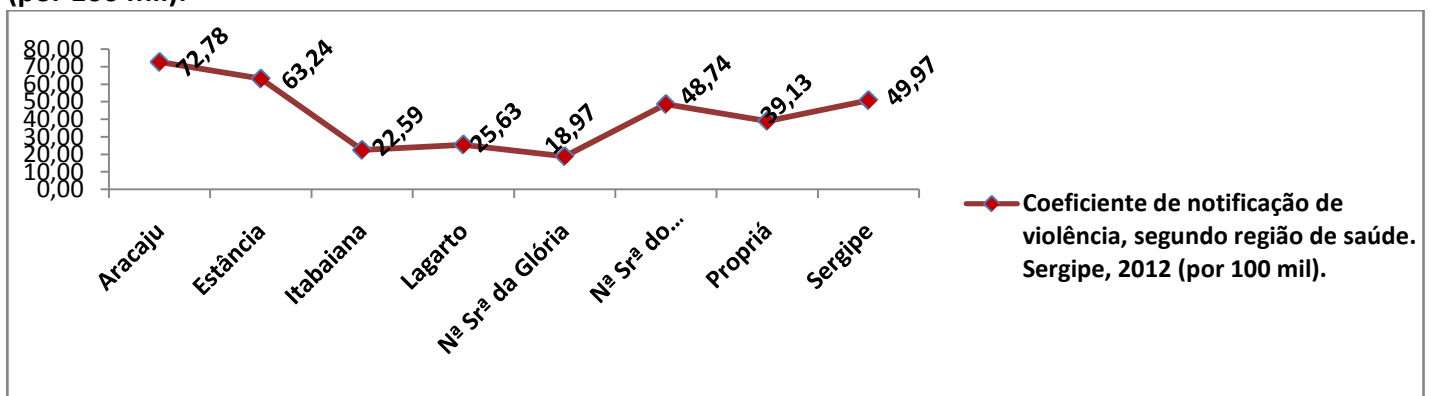
Figura3. Proporção de notificações de violência contra a mulher por grupo etário. Sergipe, 2015.



FONTE: SINAN/NEST-SES. Projeção populacional/IBGE

Dar visibilidade a violência, e em especial à contra a mulher, depende de re-significações de valores individuais, culturais e sociais dos profissionais que atendem, como das mulheres que procuram ajuda, assim como o acesso a informação e garantia ao atendimento. Portanto, quando analisamos a **figura 4** observamos que o coeficiente de notificações de violência contra a mulher, segundo região de saúde em Sergipe, na região de Aracaju apresentou um coeficiente de 72,78 por 100 mil mulheres, em contraponto à região de saúde mais distante da capital - Região de Nossa Senhora da Glória com 18,97. Sendo 49,97 o resultado em cem mil mulheres para Sergipe em 2012, fruto do fortalecimento da rede de enfrentamento e acesso a informação.

Figura4. Coeficiente de notificação de violência contra a mulher, segundo região de saúde. Sergipe, 2012 (por 100 mil).

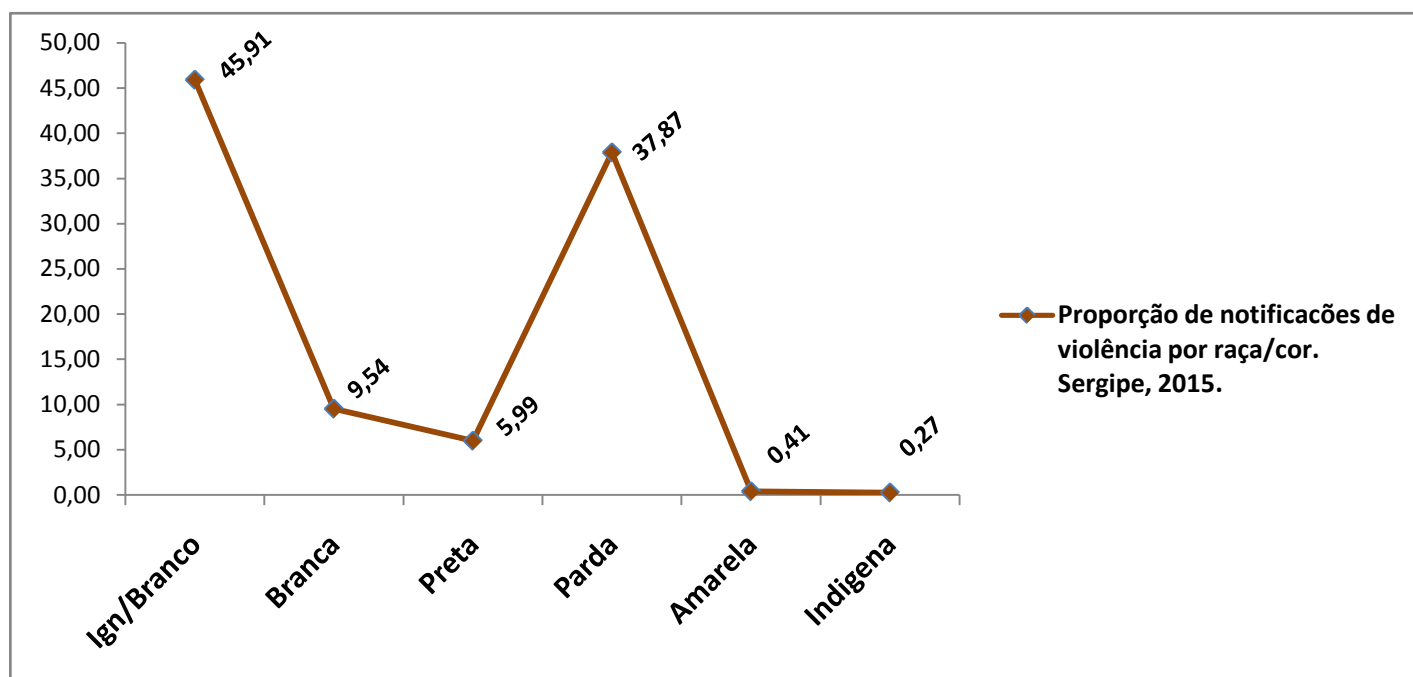


FONTE: SINAN/NEST-SES. Projeção populacional/IBGE – NOTA: Dados da população, por sexo e faixa etária, somente estão disponíveis até 2012, em relação aos municípios.

A escolaridade é outra variável de significativa importância para a análise do contexto de violência em Sergipe, porém dos dados analisados 52,72% estavam sem o campo preenchido, dificultando uma abordagem direcionada para esta variável. Quanto à raça/cor conforme pode-se observar na **figura 5** 45,91% não foram

preenchidas, em virtude de não ser um campo obrigatório, porém para as que foram preenchidas houve um predomínio da cor preta e parda que juntas representaram 43,86% das notificações.

Figura5. Proporção (%) de notificações de violência contra a mulher segundo raça/cor. Sergipe, 2015.



FONTE: SINAN/NEST-SES. Projeção populacional/IBGE

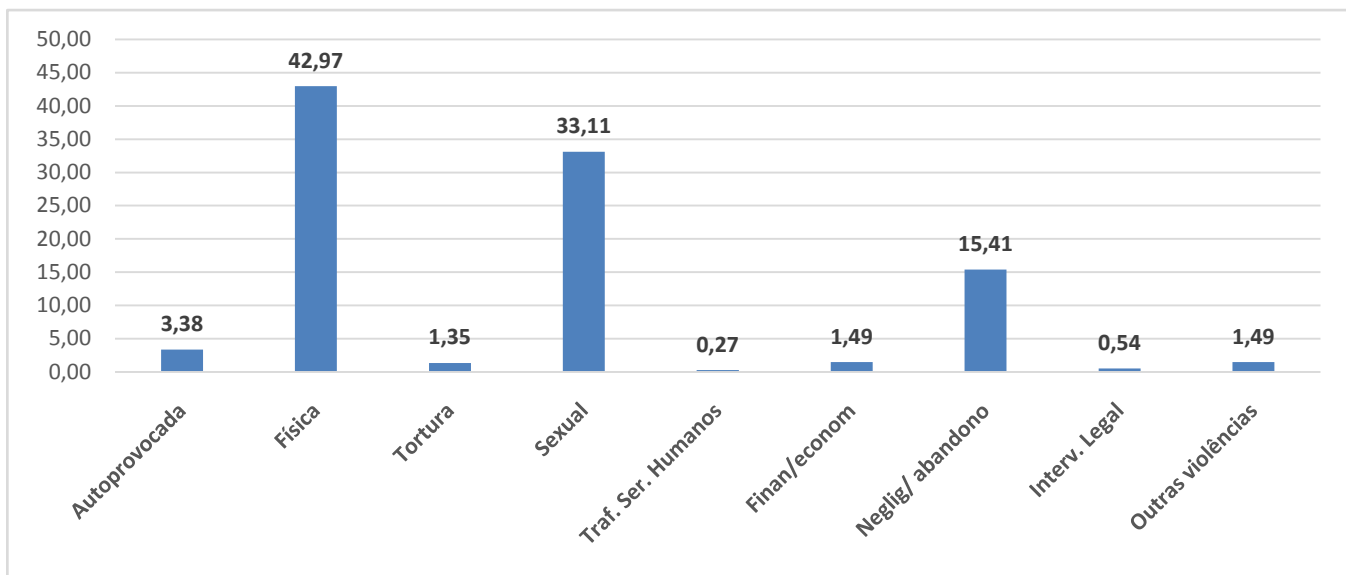
Devido a sua complexidade, num ato violento podem estar presentes diversas formas de violência, como: física, sexual e psicológica ao mesmo tempo. No balanço da Central de Atendimento à Mulher- Disque 180, no primeiro semestre de 2015, no Brasil, foi registrada uma média de 2025 atendimentos por dia, dos quais 8,84% foram de relatos de violência contra a mulher (**tabela 2**). Diferentemente de Sergipe que para o mesmo período, como pode ser observado na **figura 7**, a violência física (42,97%) seguida da violência sexual (33,11%) foram as mais registradas, bem como é importante observar o percentual de 3,38% para as violências autoprovocadas, demonstrando a necessidade do olhar atento da equipe multidisciplinar para esta problemática.

Tabela 2. Tipificação da violência contra a mulher, segundo registros da Central de Atendimento à Mulher. Brasil, 1º semestre de 2015.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	PERCENTUAL
Física	51,16%
Psicológica	30,92%
Moral	7,13%
Cárcere privado	4,23%
Sexual	4,06%
Patrimonial	1,95%
Tráfico de mulheres	0,55%

FONTE: Balanço 2015 do 1º semestre da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180.

Figura 7. Proporção de notificações de violência contra a mulher segundo a natureza. Sergipe, 2015.



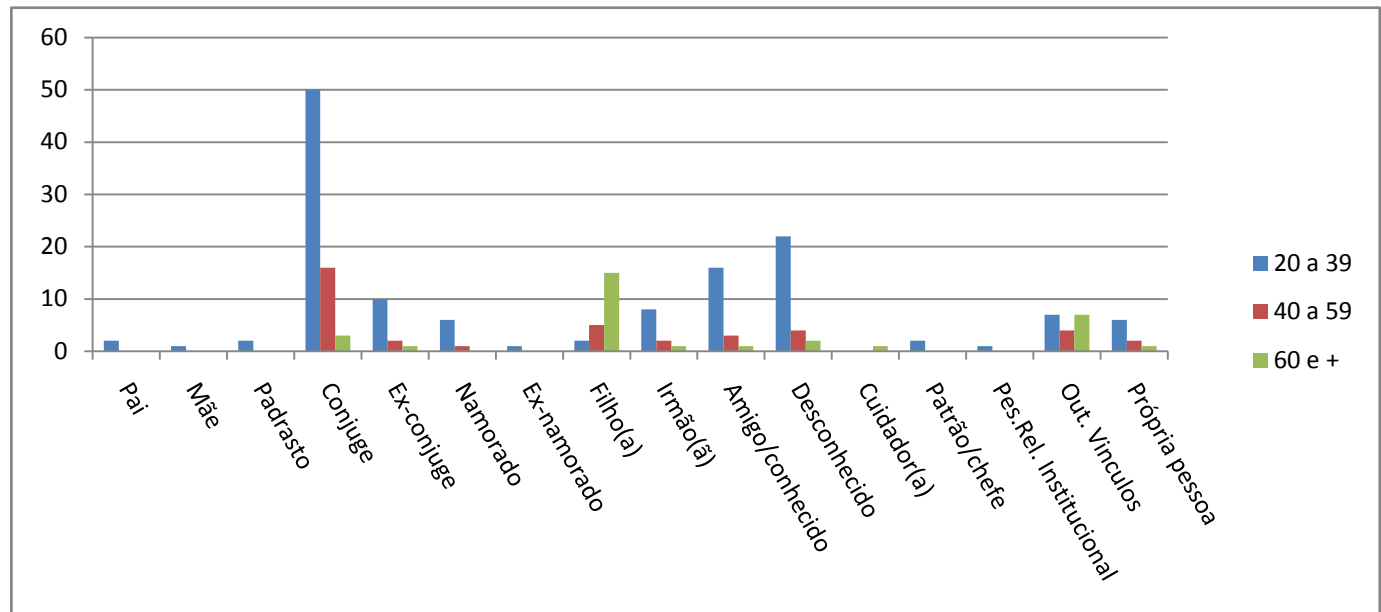
FONTE: SINAN/NEST-SES.

“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. No âmbito do lar, da família, em qualquer relação íntima de afeto quer conviva ou tenha convivido.”

(Lei Maria da Penha, art. 5º, 2006).

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência contra a mulher de 2013, tem havido um crescimento de registro que evidenciam os efeitos da violência doméstica, principalmente quando o autor da agressão é o parceiro ou ex-parceiro, no quadro de adoecimento da mulher, sendo estas mais propensas a ter graves problemas de saúde. No Brasil, em 2015, segundo informações do Disque 180, 85,96% das violências denunciadas foram domésticas e destas 70,71% foram cometidas pelo parceiro/ex-parceiro. Sergipe registrou no setor saúde, através das notificações, 31,62% de casos de violência doméstica distribuída conforme figura abaixo pelo vínculo com a mulher agredida (**figura 8**). Como demonstrado independente do ciclo etário as mulheres são maltratadas e agredidas pelos seus ex-companheiros ou companheiro atual.

Figura 8. Notificação de violência contra mulheres por faixa etária, segundo autor da agressão, Sergipe, 2015.



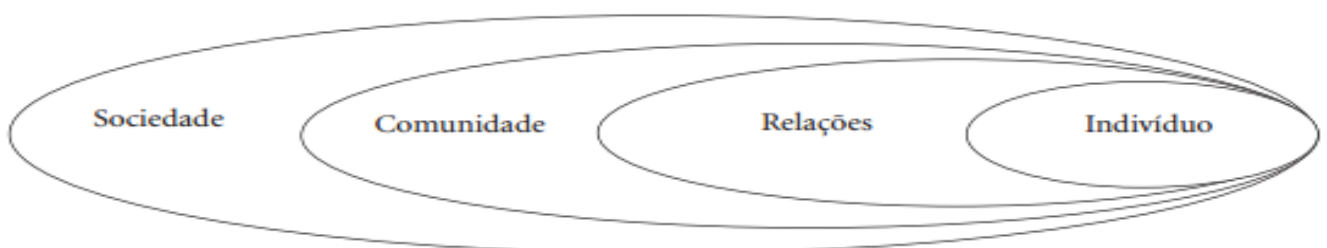
FONTE: SINAN/NEST-SES

Vigilância para Enfrentamento da Violência contra a Mulher

Buscar compreender a complexidade da situação de violência é o primeiro passo para o seu enfrentamento. A Organização Panamericana de Saúde/OMS visando facilitar o entendimento elaborou uma base teórica chamada Modelo Ecológico (**figura 9**), onde é estudado fatores de quatro âmbitos distintos de causalidade imbricados, onde não existe um determinante causador mas uma interação de fatores. São eles:

- Individual: procura identificar tanto fatores biológicos, como da história pessoal manifestado no seu comportamento;
- Relações: procura entender como as relações interpessoais acontecem, com parceiros íntimos, familiares, sendo observado o grau de vulnerabilidade da vítima diante deste contexto;
- Comunidade: São explorados os contextos comunitários onde são desenvolvidas as relações sociais, tais como escola, bairro, característica da população. Estabelecendo relações entre estes cenários e a situação do indivíduo como agressor ou vítima;
- Sociedade: examinam os fatores mais significativos da sociedade, as estruturas gerais que favorecem ou inibem os atos violentos, são as questões culturais, valores que naturalizados perpetuam ou incitam a violência.

Figura 9. Modelo Ecológico para compreender a violência

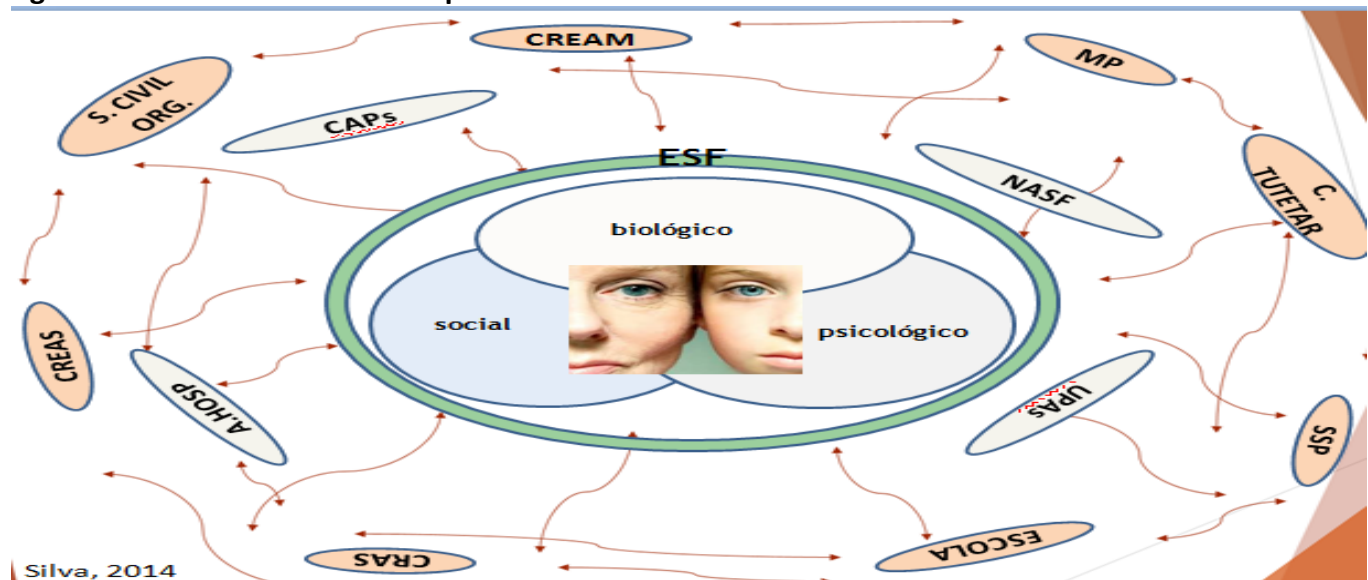


FONTE: OPS/OMS, 2002.

Para a saúde pública, a prevenção começa descrevendo o impacto e proporções do problema, portanto quanto mais precocemente for identificada uma mulher em situação de violência, menos prejuízos a curto e longo prazo ela terá na qualidade de sua saúde. Tornando imprescindível que a realização da notificação seja efetivamente realizada em todos os equipamentos de saúde que podem servir como porta de entrada desta usuária na rede. Paralelamente à notificação, é preciso reforçar as campanhas de educação e informação, porque quanto mais se esclarece sobre a violência, mais encorajada se sentirão para denunciar e relatar que sofrem alguma forma de violência.

Outro ponto importante, para o enfrentamento é o fortalecimento intersetorial, não há integralidade do cuidado para as situações de violência se não houver trabalho em rede, portanto precisa existir um movimento de articulação e elaboração de estratégias conjuntas onde a mulher vitimada tenha autonomia para iniciar sua mudança de realidade por qualquer ente da rede de enfrentamento. São pertencentes à rede todos os órgãos que atuam na garantia das necessidades biológicas, psicológicas e sociais. (Figura 10).

Figura 10. Fluxo de atendimento para o enfrentamento de violências contra as mulheres.



Construir uma sociedade sem violência significa garantir cidadania a todos, e esta surge a partir do acesso a informação e garantia a assistência e demais direitos. Não se pode imaginar que a violência é externa a nossa essência, ela esta dentro de todos nós. A mudança de atitude no dia a dia, a vigilância permanente dos pequenos gestos de preconceito farão a diferença futuramente. É a re-significação da violência para o indivíduo que faz o profissional sensível à violência do outro.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Portaria GM nº 1271 de 06 de junho de 2014. *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.* Ministério da Saúde, Governo Federal. 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.** Ministério da Saúde, Governo Federal. 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde - Portaria MS/GM nº 687/2006** - Ministério da Saúde, Governo Federal. 2006.

CASIQUE, C.L. FUREGATO, A.R.F. **Violência contra as mulheres: Reflexões teóricas.** Revista latino-americana de enfermagem, Nov-dez; 14(6). 2006.

DAHLBERG, L. L. KRUG, E.G. **Violência: um problema de saúde pública.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 11 (sup): 1163-1178. 2007.

OMS. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence.** © World Health Organization. 2013.