

**UFRRJ**  
**DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO,**  
**AGRICULTURA E SOCIEDADE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM**  
**DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

**DISSERTAÇÃO**

**Mulheres e Meninas em Situação de Violência no**  
**Estado do Rio de Janeiro: notificação em saúde e recorrência**

**Bárbara Salvaterra**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**

**DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO,**

**AGRICULTURA E SOCIEDADE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM**

**DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

**MULHERES E MENINAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO**

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO: NOTIFICAÇÃO EM SAÚDE E RECORRÊNCIA**

**BÁRBARA SALVATERRA**

*Sob Orientação da Professora  
Débora Franco Lerrer*

*e Co-orientação do Professor  
Ignacio Cano*

Dissertação submetida como requisito parcial  
para obtenção do grau de **Mestre em Ciências**,  
no Curso de Pós-Graduação de Ciências Sociais  
em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade.

Rio de Janeiro, RJ

Abril de 2016

305.4098153

Salvaterra, Bárbara.

S182m

Mulheres e meninas em situação de violência no estado do Rio de Janeiro: notificação em saúde e recorrência / Bárbara Salvaterra, 2016.

T

152 f.

Orientador: Débora Lerrer.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais.

Bibliografia: f. 117-129.

1. Violência contra as mulheres - Teses. 2. SINAN (Sistema de recuperação da informação) - Teses. 3. Política pública - Teses. 4. Violência - Teses. I. Lerrer, Debora. II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Humanas e Sociais. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade (CPDA)

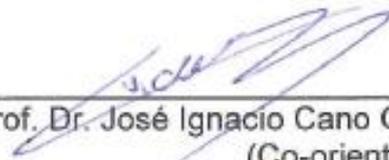
**BÁRBARA SALVATERRA MIRANDA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

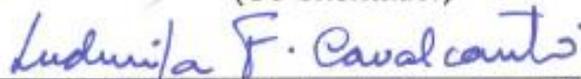
Dissertação aprovada – 28/04/2016



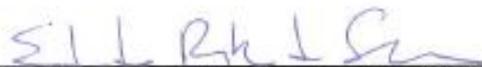
Prof.ª Dr.ª Débora Franco Lerrer (CPDA/UFRRJ)  
(Orientadora)



Prof. Dr. José Ignacio Cano Gestoso (UERJ / PPCIS)  
(Co-orientador)



Prof.ª Dr.ª Ludmila Fontenele Cavalcanti (SS/UFRJ)



Prof. Dr. Eduardo Ribeiro da Silva (ICS/PPCIS/UERJ)

**Dedico à chegada da minha filha,  
que me trouxe mais vontade de conhecimento,  
cuidado,  
revolução feminista e  
revoluções por igualdade.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as mulheres que fazem de muitos de seus trajetos, senão completas trajetórias de vida, o incansável diálogo e disputas pela igualdade de oportunidades e liberdades entre mulheres e homens.

Agradeço ao Professor Ignácio Cano, pela generosidade em transformar minha quase que completa ignorância sobre métodos quanti-qualis, em ferramenta para a análise sociológica. E por aceitar o desafio de assumir a minha coorientação, ou como diz, de me orientar na metade dessa dissertação, renovando sua paciência em assumir uma orientanda gestante, lactante e praticamente sem tempo senão para o cuidado de minha bebê.

Agradeço à Professora Debora Lerrer, pela confiança, pelo esforço em transitar em novas temáticas, pelo apoio e compreensão à minha maternidade, pela amizade, persistência e generosa paciência.

À Professora Lena Lavinias agradeço por ter se tornado minha referência de altíssima qualidade acadêmica, que sempre me inspirará, por sua valiosa e carinhosa amizade, que me direcionaram para os mais acertados trilhos.

Sou muito grata à cuidadosa leitura e contribuições do Professor Daniel Cerqueira, suas pesquisas e diálogo tornaram-se estruturante de nosso trabalho.

Sou igualmente grata à Professora Ludmila Cavalcanti, por compartilhar seus enormes acúmulos acadêmicos e empíricos, fazendo do caminho final dessa pesquisa um grande aprendizado.

Agradeço ao Eduardo Ribeiro, pelos ensinamentos, sugestões, críticas e disponibilidade.

Em especial, agradeço às e aos brilhantes profissionais das áreas técnicas e governamentais de enfrentamento a violências, que me sensibilizaram, ensinaram e desafiaram a ingressar, permanecer e tentar contribuir nesse embate. Muito obrigada queridas Adriana Motta, Carla Cazelli, Ranússia Barbosa, Geórgia Mello, Márcia Vieira, Claudia Moraes e querido Tomás Pinheiro.

## RESUMO

SALVATERRA, Bárbara. **Mulheres e Meninas em Situação de Violência no Estado do Rio de Janeiro: notificação em saúde e recorrência**, RJ. 2016. 118p. Dissertação (Mestrado de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade). Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Esta dissertação é um estudo exploratório sobre as violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contra meninas e mulheres no Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2014. Recentes políticas e legislações de enfrentamento à violência contra meninas e mulheres têm propiciado debate e análise sobre o tema, porém, existem ainda muitas lacunas de conhecimento, em especial quanto aos possíveis fatores de risco, vulnerabilidades, especificidades locais associadas e recorrências. Como fonte de informação, a gradual melhoria na padronização e formulação dos dados de atendimento, através do SINAN, pode auxiliar-nos na compreensão das características que conformam o fenômeno da violência contra meninas e mulheres, e consequentes avanços para o planejamento e monitoramento das ações de enfrentamento. Assim, utilizando o banco de dados do SINAN, selecionamos as notificações de violências contra meninas e mulheres, e tivemos como objetivos: I) produzir análise descritiva do perfil das meninas e mulheres atendidas, de características de seus agressores, das violências notificadas e encaminhamentos intersetoriais; e II) analisar os fatores de risco associados à probabilidade de recorrência de qualquer tipo de violência. Nossos resultados revelaram que são maiores as chances de se repetir qualquer forma de violência se a vítima já é parceira íntima do autor da violência, se é idosa, se está separada, se o local da agressão é residencial e, divergentemente da literatura, se o agressor não fazia uso de álcool. Essa foi uma análise exploratória, pois havia enorme percentual de perda de informação entre as variáveis, selecionadas a partir da literatura. Em nossas considerações finais ressaltamos a necessidade de investimentos em formação profissional e capacitação técnica para a melhoria da qualidade dos dados. Adicionalmente, recomendamos a criação de observatório intersetorial e multidisciplinar de vigilância da violência contra mulher, que discuta, proponha respostas e facilite caminhos de execução para a melhoria da qualidade dos dados, monitoramento, análise e avaliação das políticas e serviços públicos de enfrentamento à violência contra meninas e mulheres.

**Palavras-chave:** Violência contra as mulheres – Violência – SINAN – Política Pública - Recorrência

## ABSTRACT

SALVATERRA , Barbara. **Women and girls in Situations of Violence in the State of Rio de Janeiro: notification in health and recurrence**, RJ . 2016. 118p. Dissertation (Master in Social Sciences). Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

This is an exploratory study on violence reported against girls and women in the State of Rio de Janeiro, from 2009 to 2014. Recent policies and legislation, addressing the situation of violence that girls and women experience, have led some studies and placement data alarming on the subject. The gradual improvement in standardization and formulation of attendance data, through the System for Notifiable Diseases Information System (SINAN), has the potential to offer advances in the understanding of violence against girls and women, recurrence and consequent improvements to the planning and monitoring of coping actions. Thus, using the SINAN database, selected reports of violence against girls and women, and had the following objectives: I) produce descriptive profile analysis of girls and women seen, characteristics of their attackers, the reported violence and cross-referrals ; and II) to analyze the risk factors associated with the likelihood of a victim suffering recurrence of any violence. Our results revealed that are more likely to reoffend any form of violence, if the victim is already intimate partner of the author of violence, whether she is old, she is separated, if the site of aggression is residential and, divergently to the literature, if the aggressor did not use alcohol. This was an exploratory analysis, because there was huge percentage of lost information, between the variables selected from the literature. In our concluding remarks, we highlight the need for investment in professional and technical training to improve the quality of data. In addition, we recommend the creation of intersectoral and multidisciplinary observatory of monitoring violence against women, to discuss, propose responses and facilitates execution paths to improve the quality of data, monitoring, analysis and evaluation of public policies and coping services to violence against girls and women.

**Keywords:** Violence against women – Violence – SINAN – Public Policy - Recurrence

## LISTA DE ABREVIACÕES

*CEDAW*: Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (sigla em inglês)  
*CEE*: Comissão Econômica para a Europa  
*CELC*: Comissão Econômica Latinoamericana e Caribenha  
*CID 10*: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde  
*CSW*: Comissão sobre o *Status* da Mulher (sigla em inglês)  
*DEAM*: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher  
*DST*: Doenças Sexualmente Transmissíveis  
*ERJ*: Estado do Rio de Janeiro  
*FBSP*: Fórum Brasileiro de Segurança Pública  
*Hab.*: Habitantes  
*IDH*: Índice de Desenvolvimento Humano  
*IPEA*: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
*ISP*: Instituto de Segurança Pública  
*OEA*: Organização dos Estados Americanos  
*ONG*: Organização Não Governamental  
*ONU*: Organização das Nações Unidas  
*OMS*: Organização Mundial de Saúde  
*PRONASCI*: Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania  
*PAG*: Plano Anual de Gestão  
*PES*: Plano Estadual de Saúde  
*RAG*: Relatório Anual de Gestão  
*SEASDH*: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos  
*SEPLAG*: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão  
*SES*: Secretaria de Estado de Saúde  
*SESEG*: Secretaria de Estado de Segurança Pública  
*SDH*: Secretaria Nacional de Direitos Humanos  
*SIM*: Sistema de Informações sobre Mortalidade do DataSUS  
*SINAN*: Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DataSUS  
*SUS*: Sistema Único de Saúde  
*SPM*: Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres  
*UPP*: Unidades de Polícia Pacificadora  
*VCM*: violência contra mulheres  
*VIVA*: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>1. VIOLÊNCIA AINDA INVISÍVEL?</b>	6
1.1 Mulheres em Situação de Violência: o que falta ser visto?	8
<b>2. HISTÓRICO, LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS</b>	14
2.1 Breve Histórico das Convenções e Acordos Internacionais	14
2.2 Monitoramento de Políticas de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres	15
2.3 Políticas de Enfrentamento à Violência contra a Mulher no Brasil	18
2.3.1 A Conquista de Direitos	18
2.3.2 Políticas Nacionais	20
2.3.3 Metas e Indicadores Nacionais	21
<b>3. MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO RIO DE JANEIRO E NO BRASIL</b>	24
3.1 Pesquisas com dados quantitativos e qualitativos	24
3.2 Contexto Demográfico e Político Administrativo do Estado do Rio de Janeiro	29
3.3 Políticas Estaduais Pioneiras	31
3.4 Políticas Estaduais Especializadas: possíveis fatores de proteção	32
<b>4. O SETOR SAÚDE E O CAMPO DA VIOLÊNCIA</b>	36
4.1 Normatização da Informação e o SINAN Violência	36
4.2 Notificação e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência no SUS-RJ	39
<b>5. OLHARES SOBRE AS VIOLÊNCIAS E AS MULHERES</b>	41
5.1 Violência contra a Mulher, Violência de Gênero e Mulheres em Situação de Violência: conceitos e categorias	41
5.2 O Modelo Ecológico de Análise dos Fatores de Risco e Proteção	44
<b>6. DADOS E METODOLOGIA</b>	46
6.1 A Base de Dados	46
6.1.1 Descrição das Variáveis	46
6.1.2 Codificação das Variáveis	47
6.2 Metodologia	49
6.2.1 Métodos Estatísticos Adotados	51
6.2.2 Notas Metodológicas sobre as Variáveis	52
6.2.3 Metodologia para a construção do modelo	56
<b>7. ANÁLISE DOS DADOS</b>	58
7.1 Análise Exploratória de Dados	58
7.1.1 Perfil das Usuárias	59
7.1.2 Características dos Possíveis Autores de Violências	67
7.1.3 Sobre as Violências Notificadas	72
7.2 Construção e Análise dos Modelos	100
7.2.1 Seleção das variáveis independentes	100
7.2.2 Regressão logística	102

<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	107
8.1 Resultados da Análise Descritiva	108
8.2 Fatores de Risco	112
8.3 Algumas recomendações para ampliar os fatores de proteção	114
8.4 Estudos Futuros	115
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	117

## INTRODUÇÃO

O problema das mulheres e meninas em situação de violência não está restrito a classes sociais, territórios e situações de maior precariedade. A violência de gênero, em específico a que atinge o sexo feminino, tampouco é individual, e não afeta apenas aquelas que vivenciam violência. Os nocivos efeitos sobre as vítimas, elencados pelas instituições de saúde, vão desde tentativas de suicídios, abortos provocados sem segurança, bebês prematuros, maior vulnerabilidade ao vírus HIV e DSTs, (DREZET ET AL, 2001; OMS, 2005; OMS, 2010) até a morte da mulher vitimada, pelo fato de ser mulher - o feminicídio (BRASIL, 2012). Embora, obviamente, os maiores danos físicos e emocionais prejudiquem diretamente as vítimas, as consequências da violência que atingem meninas e mulheres - pela condição feminina – repercutem em toda a sociedade.

O impacto de tal violência alcança famílias, comunidades, sociedades. As famílias das meninas e mulheres que vivenciam violência sofrem com as sequelas de distúrbios comportamentais e emocionais nos filhos, que tornam-se mais propensos a passarem por situação de violência na vida adulta, retroalimentando o ciclo da violência (OMS, 2015). Afeta, paralelamente, a economia dos núcleos familiares, das comunidades e de todo um país. A produtividade das mulheres em situação de violência é reduzida, e isso se reflete na geração da renda nacional. Em contrapartida, o Estado dispense mais recursos com licenças e pensões precoces, em serviços de saúde, de assistência social, de segurança pública e jurídicos (OMS, 2010; 2015; SOARES, 2006).

Na recente trajetória de enfrentamento a violências contra a mulher, a Lei Maria da Penha de 2006<sup>1</sup> impulsionou uma série de políticas estaduais de coibição e prevenção de violência, e de assistência a mulheres em situação de violência, para diferentes setores. Entre os diversos agentes governamentais corresponsáveis pelo enfrentamento a violência contra mulheres, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido sua capacidade de proposição e implementação de protocolos técnicos, iniciativas e políticas nacionais que enfrentam o problema da violência, e da violência contra a mulher, como uma questão da área de saúde (MINAYO, 2006).

O SUS é considerado um ator governamental fundamental nesse enfrentamento, pelas suas potencialidades de capilarização das ações de prevenção e promoção de saúde, além da vigilância epidemiológica, reforçada pela compulsoriedade da notificação de violências

---

<sup>1</sup> A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher, e cria mecanismos de coibição da mesma.

(D'OLIVEIRA ET AL, 2009). A notificação compulsória das violências tem por objetivo desencadear ações de proteção e medidas para as pessoas em situação de violência, e demonstrar a amplitude do problema. Dessa forma, profissionais, especialistas, gestores da saúde e sociedade poderiam monitorar e analisar o fenômeno, e conseqüentemente planejariam e proporiam ações intra e intersetoriais (ASSIS ET AL., 2012; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Contudo, poucos estudos nacionais, empíricos quantitativos e qualitativos, tem se baseado nas notificações pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>2</sup>, com recorte estadual ou nacional. Tampouco localizamos pesquisas que observassem todos os tipos de violências, em conjunto. A predominância da literatura nacional sobre o tema é de foco na violência doméstica e na violência por parceiro íntimo. Autores de recente pesquisa sobre a caracterização das vítimas de estupro no Brasil, chegaram à mesma conclusão. Verificaram que os estudos sobre violências sexuais basearam-se em amostras restritas ao âmbito municipal ou de unidade de saúde (DREZETT ET AL, 2001; RIBEIRO ET AL, 2004; SUDÁRIO ET AL, 2005; MENICUCCI ET AL, 2005; VARGAS, 2008; FACURI ET AL, 2013, Apud CERQUEIRA, D.; COELHO, 2014)<sup>3</sup>.

Como cientista social, tenho me debruçado sobre a temática da desigualdade e a possibilidade de transformação social, através da conscientização de grupos oprimidos e de políticas sociais que reduzissem tais diferenças. Foi em 2002, quando fui premiada por uma bolsa de estudos norteamericana, que busca ampliar a participação das mulheres na política, pude fazer Pós-Graduação na University of Massachusetts em Women in Politics and Public Policies, e compreender que uma das desigualdades que persistem sobre séculos, classes sociais e diferentes níveis de desenvolvimento é a desigualdade de gênero. Em 2004, de volta ao Brasil, tive a oportunidade de trabalhar na Organização Não-Governamental, ActionAid, que apoiava grupos femininos e feministas como o Movimento Interstadual das Quebradeiras de Coco Babaçu, a Comunidade Quilombola de Conceição das Crioulas, a Marcha das Margaridas das Trabalhadoras do Campo e da Floresta, a Articulação de Mulheres Negras do Brasil, entre outras de diversos estados do país. Particpei de fóruns nacionais e internacionais, além das

---

<sup>2</sup> Explicaremos o funcionamento do SINAN no item 2.4, sobre o Setor Saúde.

<sup>3</sup> DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *In Rev. Psicologia da UNESP*, 2(1), 2003. RIBEIRO ET AL. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *In Cad. Saúde Pública*, 20, 456-464. OLIVEIRA ET AL. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *In Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 376-382. FACURI ET AL. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *In Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2013. SUDÁRIO ET AL. **Mulheres Vítimas de Estupro**: Contexto e Enfrentamento dessa Realidade. 2005.

Conferências de Políticas para as Mulheres. Com essa experiência, pude acumular conhecimento sobre as demandas dos direitos humanos das mulheres, e verificar que o enfrentamento a violência contra mulheres era temática comum e transversal às agendas sociais.

Em meados do governo Lula, o Ministério da Justiça anunciava uma mudança de paradigma na Segurança Pública, criava o Programa Nacional de Segurança com Cidadania, o Pronasci, e pela primeira vez abria concurso para Cientistas Sociais. Ingressei nesse, com a tarefa de auxiliar nas articulações e monitoramento estadual, no Rio de Janeiro, das políticas financiadas pelo Programa. Foi então que iniciei minha trajetória específica no campo do enfrentamento às violências, acompanhando ações realizadas em favelas fluminenses e analisando a execução dos projetos “Mulheres da Paz<sup>4</sup>” e “Protejo”, de 2009 a 2011. Na implementação do Mulheres da Paz, a prática demonstrou-nos o quanto as próprias mulheres que eram chamadas a auxiliar na promoção da cultura de paz, expunham-se a maiores riscos de sofrerem violências ou poderiam estar inseridas em situações familiares de violências.

Entre os estados brasileiros, o Rio de Janeiro ocupa preocupantes posições de destaque na violência de gênero (FBSP, 2013; IBGE, 2013; WERNECK, 2010),

Assim, para buscarmos ampliar a compreensão e a visibilidade do fenômeno, o objeto dessa pesquisa foi investigar quem são as vítimas de violência doméstica e sexual atendidas em unidades de saúde no estado do Rio de Janeiro, como se dão as violências e os encaminhamentos oferecidos nas unidades de saúde públicas; além de analisar a probabilidade de recorrência de todos os tipos de violências, a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>5</sup>.

Em outras palavras, **nossos objetivos**, através do banco de dados específico para Violências, do Estado do Rio de Janeiro, com recorte de vítimas do sexo feminino, foram:

- I) produzir análise descritiva do perfil das meninas e mulheres atendidas, de características de seus agressores, dos tipos e formas como ocorrem as violências notificadas e os encaminhamentos oferecidos pelas unidades de saúde;
- II) analisar os fatores de risco associados à probabilidade da vítima sofrer qualquer tipo de violência recorrentemente (mais de uma vez).

---

<sup>4</sup> Os projetos Mulheres da Paz e Protejo eram considerados os “carros-chefe” dos projetos sociais do Pronasci. O primeiro conferia ajuda de custo a destacadas mulheres na comunidade, que pudessem auxiliar na adesão de jovens, em vulnerabilidade social, ao Protejo, que por sua vez visava oferecer qualificação e inclusão social.

<sup>5</sup> Explicaremos o funcionamento do SIM e SINAN no item 3.4, sobre o Setor Saúde.

A série histórica deste trabalho é de 2009 - quando a notificação torna-se obrigatória e integrada - a 2014, último ano da série com dados consolidados.

Esperamos que este estudo possa contribuir para ampliar a visibilidade e compreensão sobre as violências que meninas e mulheres vivenciam no estado do Rio. Adicionalmente, pretendemos colaborar com o subsídio de conhecimento que auxilie o aprimoramento dos serviços de saúde de atendimento a usuárias vítimas de violência, e o planejamento, monitoramento e execução das políticas de enfrentamento a violências contra mulheres.

A dissertação está estruturada em oito capítulos. No capítulo 1 trazemos a emergência da violência contra mulher como problema social, fazemos um panorama geral sobre o fenômeno, e apresentamos algumas lacunas para obtermos maior visibilidade e efetividade no enfrentamento à violência contra a mulher.

No capítulo 2 percorremos o histórico das conferências, acordos, legislações, políticas e propostas de monitoramento internacionais e nacionais. No capítulo 3 oferecemos um resumo das pesquisas quantitativas e qualitativas, que nos auxiliam na contextualização da violência contra mulheres no estado do Rio, e das políticas estaduais para a proteção das vítimas.

No capítulo 4 apresentamos o funcionamento do SUS na normatização da informação e notificação de violências pelo SINAN. No capítulo 5 trazemos um resumo das discussões teóricas acerca de conceitos e categorias que tentam definir a situação das mulheres em violência, assim como apresentamos o modelo socioecológico, que tomamos como referência para essa pesquisa. No capítulo 6 apresentamos o banco de dados do SINAN utilizado, os procedimentos metodológicos e técnicas estatísticas adotadas.

No capítulo 7, cumprimos nossos objetivos de realizar análise descritiva dos dados sobre o perfil das vítimas, características dos autores de violência, tipos e formas de ocorrência das violências, e encaminhamentos das unidades de saúde; e de analisar os fatores de risco associados à probabilidade da vítima sofrer recorrência de qualquer tipo de violência.

Por fim, no capítulo 8 fazemos nossas considerações finais, resumindo os resultados das análises propostas, descrevendo os possíveis fatores de risco e proteção analisados, propondo recomendações e prováveis desdobramentos desta pesquisa.

## 1. VIOLÊNCIA AINDA INVISÍVEL?

"A vingar esse conjunto de regras diabólicas (*da Lei Maria da Penha*), a família estará em perigo (...). Ora, a desgraça humana começou no Éden: por causa da mulher. Todos nós sabemos, mas também em virtude da ingenuidade, da tolice e da fragilidade emocional do homem." (juiz Edilson Rumbelsperger Rodrigues, da comarca de Sete Lagoas, Minas Gerais, em 2009.)<sup>6</sup>

Há poucas décadas o enfrentamento à violência contra a mulher tomou ruas, movimentos sociais, agendas políticas, acordos internacionais e legislações nacionais, tornando-se visível enquanto “problema social”<sup>7</sup>. Porém, visível para todos, ou apenas para feministas, especialistas e interlocutores públicos de áreas afins?

A partir da década de 90, pesquisas começaram a trazer à tona histórias e históricos anteriormente submersos nas vidas privadas, em travessas escuras, na discricionariedade e despreparo de serviços públicos. Contudo, a persistência do patriarcalismo institucional e social é constantemente revelada em rotineiras atuações, como a do juiz Edilson Rodrigues e dos organismos que as respaldam, que rejeitam a condição feminina senão como atrelada à sujeição do desejo e domínio masculino. Consequentemente, a violência contra o sexo feminino mantém-se social, cultural e institucionalmente legitimada, senão reproduzida mesmo entre os que buscam enfrentá-la (ANDRADE, 2005. CERQUEIRA; COELHO, 2014. BRASIL; SENADO FEDERAL, 2013. SOARES, 2012).

Uma breve radiografia nacional traz a dimensão do fenômeno. A notícia de que, pela primeira vez no Brasil, o número total de estupros superou o de homicídios dolosos, ocupou manchetes dos principais jornais<sup>8</sup> do país, no final de 2013. Conforme Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública<sup>9</sup>, em 2012 o total de estupros aumentou em 16,5% com relação ao ano anterior, correspondendo a 51.101 casos (FBSP, 2013. Pág, 21), na sua extensa maioria cometidos contra o sexo feminino. Os homicídios dolosos, quando há intenção de matar, foram 47.094, com aumento de 4% (2013), fato que já não surpreendia o anestesiado cidadão comum, visto que já fazia parte da série histórica brasileira. Entre 2007 e 2011, o Brasil ocupava a 7<sup>a</sup>

---

<sup>6</sup>O juiz foi afastado devido a este pronunciamento em sentença, por ato do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), porém, foi posteriormente reincorporado ao exercício de sua função, por decisão Supremo Tribunal Federal. A citação do juiz está descrita no ato do CNJ, além de reportagens como a do Portal G1, disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2010/11/cnj-afasta-juiz-que-comparou-lei-maria-da-penha-regras-diabolicas.html>.

<sup>7</sup> De acordo com Lenoir Et Al, diferenciamos o “problema social” do objeto sociológico, conforme descrito na metodologia deste trabalho.

<sup>8</sup> Estadão São Paulo, disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,numero-de-estupros-chega-a-50-mil-por-ano-e-supera-a-taxa-de-homicidios-no-pais-imp-,1093211>; Brasil de Fato, em: <http://www.brasildefato.com.br/node/26466> ; O Globo, em: <http://oglobo.globo.com/pais/numero-de-casos-de-estupro-superou-de-homicidios-dolosos-no-pais-em-2012-10678523>.

<sup>9</sup>Composto por acadêmicos especialistas, de todo o país, que trabalham de forma autônoma e independente.

pior posição no *ranking* mundial de taxas de homicídios, no conjunto de 95 países, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (WASELFISZ, 2013), e a mesma posição com relação aos homicídios de mulheres (Id., 2012).

O estupro é crime hediondo<sup>10</sup> que pode ocasionar graves danos à saúde física e psíquica, e consequentes efeitos sobre as relações familiares, sociais e econômicas da vítima. Ao lado dessa violência sexual, outras formas de violência contra as mulheres revelam-se cotidianas. A cada 18 segundos uma mulher é agredida no mundo, declarou a presidenta da Organização Mundial de Saúde (OMS), na *WHO's Health Annual Assembly* de 2005, baseada no primeiro estudo global da OMS sobre violência doméstica e contra mulher (OMS, 2005). Na Europa, berço dos direitos sociais e dos melhores indicadores em igualdade de gênero, em 2004 ainda registrava-se que a violência conjugal era a primeira causa de invalidez e morte de mulheres, entre 16 e 44 anos (RAMONET, 2004). Estudos de diversos países americanos revelam que entre 10% a 35% das mulheres adultas com parceiros sofrem violência física (BUVINIC ET AL., 2000, p. 19).

No Brasil, as tentativas de homicídio que a farmacêutica Maria da Penha sofreu de seu marido, tornaram-se caso emblemático - e seu nome intitulou a Lei 11.340 de 2006, que coíbe violência doméstica - ao chegar à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), e ser acatada pela primeira vez a denúncia de um crime de violência doméstica.

Dados administrativos e pesquisas de opinião têm revelado indicadores quantitativos de aumento nos registros das violências contra as mulheres no país (FBSP, 2013; DATASENADO, 2012; CERQUEIRA; COELHO, 2014). Todavia, faltam elementos para compreendermos quais variáveis promovem maior influência sobre o fenômeno. As violências doméstica e sexual teriam aumentado significativamente ou o cuidado com a notificação e tratamento da informação, pelos órgãos públicos da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, já haveriam aprimorado a ponto de visualizarmos este *iceberg* encoberto? A idade é fator de maior ou menor vulnerabilidade do que a escolaridade? A raça da vítima influi no tratamento médico recebido? Quais são as falhas e fatores que podem influenciar na violência recorrente?

---

<sup>10</sup>A LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009, "Altera o título da parte especial do Decreto Lei no. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o Art. 1º da Lei No. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do Art. 5º. Da Constituição Federal" e define no " Art. 4º O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, Lei de Crimes Hediondos, passa a vigorar com a seguinte redação: V - estupro (art. 213, caput e §§ 1º e 2º); VI - estupro de vulnerável (art. 217-A, caput e §§ 1º, 2º, 3º e 4º)".

Questões como essas, que norteiam nosso trabalho, merecem reflexão para que pesquisadores e gestores possam avançar no desenho e execução de políticas, assim como na compreensão e enfrentamento do fenômeno. Por essa razão, existe demanda objetiva de movimentos sociais, traduzida em conferências nacionais e diretrizes ministeriais, de melhoria da qualidade da informação e integração dos sistemas de informação. Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, de Segurança Pública, de Assistência Social e de Saúde, além de diversos fóruns de discussão e atuação sobre a violência de gênero, como a Rede Governamental de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres na Capital do Rio de Janeiro, são fóruns que confrontam-se com a dificuldade de ultrapassar barreiras técnicas, gerenciais, políticas, culturais e estruturais em direção à sistematização, comunicação, e mais ainda, à integração dos sistemas de informação governamentais.

Pretendemos indicar alguns caminhos de reflexão, com a base de dados que obtivemos do SINAN, que contém as fichas de todos os usuários notificados por violência nas unidades de saúde pública no Estado do Rio. Assim, pretendemos contribuir para reduzir essa lacuna, e traçar possíveis perfis e fatores de risco de recorrência de violências contra meninas e mulheres.

### **1.1 Mulheres em Situação de Violência: o que falta ser visto?**

No Brasil, ainda não há estatísticas oficiais que dimensionem de forma sistemática e integrada o fenômeno, em nível nacional. Contudo, há pesquisas que buscam compreendê-lo, como uma das pioneiras, feita pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2004). Revelaram, a partir de amostra com 2.502 mulheres realizada em 2001, que 20% dessas já tinham sido vítimas de algum tipo de violência doméstica, e 43% revelaram já ter sofrido alguma forma de violência (Ibidem, 2004. P.55).

A progressiva visibilidade dessa questão tem impulsionado políticas de governo para o enfrentamento à violência contra as mulheres, prevendo ações e integrações entre diversos atores governamentais e não governamentais, em complexas relações e efeitos que merecem cuidadosa análise.

A Lei 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, é um marco na definição e confrontação desta problemática (BRASIL, 2006). Fruto da pressão de movimentos e organizações de mulheres, em articulação com atores aliados dos Três Poderes, e em especial com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), esta lei popularizou-se e é conhecida hoje por 94% dos brasileiros, de acordo com pesquisa (SITTA ET AL., 2011). Entre suas inovações, a Lei Maria da Penha tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher, e cria mecanismos de coibição da mesma.

No âmbito das políticas públicas, a Lei 11.340/2006 determina medidas integradas de prevenção operacional do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação, além da produção de informação e ações educadoras. Em consonância, foram firmados a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (SPM, 2011b), além do I e II Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher (SPM, 2007b. Id., 2011a), que estabeleceram conceitos, princípios, diretrizes, metas, ações preventivas, assistenciais e recursos financeiros.

Entretanto, apesar dessas medidas e de passados 6 anos da Lei Maria da Penha, pesquisa de opinião realizada pelo DataSenado em 2011, com 1.352 entrevistadas no país, verificou que 66% destas acreditavam ter aumentado a violência doméstica contra o sexo feminino, e 81%, que tais violências não eram denunciadas às autoridades (BRASIL, 2012). Ao encontro de tal percepção sobre o aumento da violência contra a mulher, o “7º Anuário Brasileiro de Segurança Pública” apresentou que houve um crescimento de 16,5% no total de estupros registrados pelas secretarias estaduais de segurança pública, com relação ao ano anterior, no Brasil, enquanto no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) este aumento foi de 24% (FBSP, 2013). No comparativo nacional, em números absolutos o Rio teve 5.923 casos de estupros registrados por delegacias de polícia, ficando atrás apenas de São Paulo com 12.886 casos (2013). Entre os 19 estados que apresentam alta qualidade de informação, segundo o FBSP, o Rio Grande do Sul<sup>11</sup> contém a pior taxa, com 43,5 estupros/100.000 hab., o Rio tem a 4ª pior taxa, com 36,5, e São Paulo a 8ª, com 30,8 (2013).

A hipótese levantada pelo Instituto de Segurança Pública (ISP), órgão governamental atrelado à Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESEG), e também pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), é de que campanhas ocorridas a partir da Lei Maria da Penha, além de serviços como o socorro por teleatendimento (Disque 180), poderiam ter aumentado a consciência das mulheres sobre as violências que sofrem, e viabilizado suas denúncias. Além disso, constatam que as áreas onde foram estabelecidas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) são aquelas com os maiores aumentos de registros de violências.

Porém, como afirmar que, ademais da subnotificação, diminui ou aumenta-se de fato a violência contra a mulher, ou que amplia-se a intolerância social e feminina sobre tal violência? Ou ainda, que as políticas desenhadas para o enfrentamento dessa violência

---

<sup>11</sup>O RS apresenta método diferenciado, pois soma os dados de "Estupro" e "Tentativa de estupro" em uma única categoria.

comportam capacidade de ação, reestruturação e ampliação proporcionais à demanda antes reprimida? Haveria uma implementação coordenada e planejada das medidas punitivas, de assistência e preventivas?

Especialistas e movimentos sociais supõem que as políticas públicas focais e universais, que deveriam gerar a igualdade de gênero, são insuficientes para promoverem as mudanças necessárias. Alguns autores apontam que, primeiramente, para obtermos maior compreensão do problema, precisaríamos investir mais na sensibilização para a notificação da população vitimada, na capacitação profissional para notificação e em rotinas institucionais, pois estima-se que somente entre 10% a 30% dos casos no mundo são notificados (ASSIS ET AL, 2012. CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012.).

A falta de acesso a serviços e assistência, prevenção de violências e promoção de saúde disponíveis e qualificados foi verificada em pesquisas, e extensamente relatada pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre a situação da violência contra a mulher no Brasil (BRASIL; SENADO FEDERAL, 2013). Outras críticas aos órgãos governamentais, que aparecem nas investigações, são a escassez de cultura institucional e horizontal de monitoramento e avaliação, de rede intersetorial, de recursos humanos, de capacitação técnica e a alta rotatividade dos profissionais (da área de saúde, em especial) (BRASIL; SENADO FEDERAL, 2013. CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012. CHILDHOOD, 2013. FREITAS, R.C.S. ET AL, 2011. OBSERVE, 2011. PASINATO, 2009.). Há, adicionalmente, questionamentos à ênfase em medidas punitivas, por não haver ainda comprovação de eficácia no alcance do impacto desejado (SOARES, 2012).

Porém, pela própria falta de sistematização qualificada, transparência e acesso aos dados governamentais, existe carência de observação objetiva sobre os mesmos, o que dificulta oferecermos diagnósticos e análises mais precisos.

Como política prioritária de redução da violência no estado, em especial no arco metropolitano, o governo estadual do Rio de Janeiro investiu na ocupação policial e instalação de Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). Há consenso entre especialistas, gestores e população de que as UPPs promoveram o controle territorial do porte de arma nos perímetros das favelas cariocas que receberam suas instalações, e de que reduziram alguns indicadores de violência (CANO, 2012. SOUSA E SILVA, 2010. BURGOS ET AL, 2011; OLIVEIRA; ABRAMOVAY, 2012; SERRANO-BERTHET, 2013).

O debate intensifica-se, contudo, sobre a eficiência dessa política na promoção de uma cultura de paz, na prevenção e redução das violências locais, na repressão e combate aos crimes

locais e na garantia dos direitos humanos conforme pactos nacionais e internacionais. Já se discute se, com as UPPs, houve o aumento de atividades ilícitas locais que violam direitos das populações residentes e as mantêm em constante ameaça, seja através de milícias ou de novos “donos do morro”. Esse novo mercado do crime ocorreria na aquisição de produtos e serviços – mesmo que públicos – em novas formas de mandonismo local, nas violências de gênero, doméstica e/ou sexual contra mulheres e na exploração sexual de crianças e adolescentes, entre outras violações de direitos em possível ou constatada ascensão. Embora não possamos afirmar que a violência doméstica e a contra mulheres tenha aumentado em tais territórios, ou se houve principalmente aumento

Tal preocupação com o turismo sexual, principalmente tendo em vista o seu aumento em cidades e estados que recebem grandes obras e eventos, como Copa e Olimpíadas, foi levantada por organismos que defendem os direitos das crianças e adolescentes, conforme apresentado na “Carta de Porto Velho” redigida pelo Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, em 2011 (CHILDHOOD, 2013). Com a revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil, foram recomendadas políticas e indicadores de monitoramento relacionados a grandes obras e megaeventos (BRASIL, 2013).

A discussão foi também recorrente na III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres de 2011, assim como refletiu-se em metas de prevenção contra a exploração sexual em megaeventos, no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (SPM, 2013). Relatos trazidos por associações de mulheres, moradoras de territórios com UPPs, durante a III Conferência, revelavam outras facetas da redução do “poder paralelo” nas favelas. Como alguns agentes do tráfico eram “mediadores” de certos conflitos locais, e havia favelas em que puniam os homens que cometiam violência doméstica, sua retirada teria propiciado o retorno dessas agressões.

A pesquisa “Os Donos do Morro” apresenta dados a serem refletidos. Demonstrou que, nas áreas de UPPs avaliadas, houve a redução de indicadores de violência como as taxas médias mensais de homicídio, atos de resistência e roubos, enquanto a de violência doméstica aumentou, de 27,12/100.000 hab. do período pré-UPP, para 84,66 pós-UPP, e de vítimas de estupro de 1,35, para 4,84 (CANO, 2012, pág. 32). Embora não possamos afirmar se houve aumento da violência contra as mulheres em si, ou principalmente dos registros, devido a maior proximidade e confiança na polícia local.

O ponto onde queremos chegar é de questionamento das estratégias e ações do governo do estado do Rio como propiciadoras de redução dos fatores e agentes causadores de violência contra as mulheres. O estado que já carregou as maiores taxas de homicídio do país (CANO; SANTOS, 2001) e celebra sua queda, por diversos fatores, teria encontrado também mecanismos de diminuição da violência contra a maioria de sua população, as mulheres?

Apontamos alguns desdobramentos da questão, em outras. A política estadual de segurança pública seria eficiente para a redução da violência, e do crime violento, para toda a população, em especial a praticada contra mulheres? Ou há um recorte no controle armado de espaços turísticos e estratégicos para grandes eventos, que poderá se demonstrar um cobertor curto, deixando grupos vulneráveis com os pés de fora? Ou ainda, a falta de políticas públicas integradas no combate a diversas formas de violência, e as limitadas ações de assistência e prevenção, pode ter como consequência um agravamento da violência contra mulheres, e mais intensamente sobre aquelas que sofrem adicionadas formas de discriminação e vulnerabilidades como as negras, pobres, de favelas ou do campo?

Os novos e perpetuados estratos populacionais, excluídos socialmente, pertencem a grupos com vulnerabilidades sociais e/ou de gênero que não são contemplados por políticas focais ou territoriais, tais como as favelas com controle territorial armado pelo tráfico ou milícia que não recebem UPPs, e outras políticas de segurança. Adicionalmente, podem ser moradores de áreas sem equipamentos especializados, tais como DEAM, serviços de saúde e assistência social. Ou ainda, os novos excluídos podem residir nas regiões que sofrem com o deslocamento do tráfico e criminalidade.

No final de 2012 o governo do estado do Rio finalizava o ano celebrando o menor índice de homicídios nos últimos 21 anos, conferindo créditos às UPPs, à polícia investigativa e ao combate à corrupção policial. Contudo, no mês de janeiro de 2013 a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESEG) registrou 139 homicídios dolosos na Baixada Fluminense, um aumento de 61,5% com relação ao mesmo mês do ano anterior (ISP, 2012a. Id, 2013a). A letalidade violenta<sup>12</sup> tem aumentado em todo o estado, os maiores percentuais desses crimes ocorrem nas regiões da Baixada Fluminense, Zona Oeste e Grande Niterói<sup>13</sup>; essa migração do crime é diagnosticada como deslocamento da mancha criminal (ISP, 2012a. Id, 2013a), embora fosse necessária uma série histórica para a afirmação de novas tendências.

---

<sup>12</sup>Soma do número de homicídios dolosos, lesões corporais seguidas de morte, roubos seguidos de morte e autos de resistência (homicídios praticados por policiais em combate).

<sup>13</sup> Ver anexo iv para distribuição dos 92 municípios do estado conforme regiões administrativas da SESEG.

Devemos considerar, inclusive, que há deslocamentos e aumento de taxas de violência no interior do estado, em especial nas cidades com maior crescimento urbano (WAISELFISZ, 2014), mas que convivem com o rural pela sua economia e cultura locais. E como colocam Cintrão e Siliprandi (2011), existem especificidades nas zonas rurais que demandam medidas diferenciadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, devido à carência de equipamentos públicos. Scott et al (2010) citam um depoimento que sintetiza a situação das mulheres rurais frente à violência, feito por uma representante do Conselho Nacional de Seringueiros:

“na roça ninguém ouve o grito de socorro da mulher, a mulher não tem como buscar ajuda, não tem transporte, o povoado fica distante 40, 50km. Não tem delegacia, não tem nada’.”(SCOTT; RODRIGUES; SARAIVA, 2010, pág. 71-2).

Portanto, consideramos as vulnerabilidades a que as mulheres que vivenciam violências no ERJ estão expostas, em específico os fatores de risco de recorrências e vulnerabilidades relacionadas ao local da violência, zona de moradia, raça/etnia, faixa etária, escolaridade, relacionamento com o agressor e as vulnerabilidades institucionais que se referem à oferta de serviços e cumprimento de protocolos da área de saúde. Nosso objetivo foi o de buscarmos conhecer características das meninas e mulheres em situação de violência, atendidas em unidades de saúde públicas no estado do Rio, seus possíveis agressores, e violências notificadas no SINAN/RJ, assim como os fatores de risco associados à probabilidade de recorrência das violências.

## **2. HISTÓRICO, LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS:**

### **2.1 Breve Histórico das Legislações Internacionais**

Foi em 1975, no México, que ocorreu a I Conferência Mundial sobre a Mulher, organizada pela ONU. Era a primeira vez que Estados-nações assumiam como seu dever a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres. A Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher ocorreria em 1979, seguida pela II Conferência Mundial sobre a Mulher, em Copenhague, de caráter avaliatório, em 1980. Cinco anos mais tarde aconteceria a Conferência de Nairobi, que diagnosticaria a necessidade de se delimitar uma estratégia de redução da desigualdade entre homens e mulheres.

Em 1993, a Resolução 48/104 da ONU aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher. No ano seguinte o Brasil hospedou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará, organizada pela Organização dos Estados Americanos (OEA, 1994). Nesta, o Estado brasileiro comprometeu-se a impedir qualquer ação ou prática de violência contra as mulheres. Ainda em 1994, ocorre a Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento, no Cairo, e em 1995 a IV Conferência Internacional Sobre a Mulher, em Pequim (ou Beijing). Ambas viriam reconhecer que as restrições legais e políticas impostas à autonomia reprodutiva violam os direitos humanos e os direitos reprodutivos.

Duas décadas após a I Conferência de 1975, as experiências desse período, os diferentes investimentos e aprendizados foram discutidos na Conferência de Beijing, e ali se constatou que os avanços continuavam ocorrendo de forma desigual entre diferentes países e setores. Foi então que houve uma maior percepção de que existiam distintas formas de discriminação contra as mulheres, dependendo das identidades e grupos sociais aos quais pertenciam ou eram associadas.

Consequentemente, os governos avançaram seus compromissos para a definição de políticas públicas para promoção da equidade de gênero e das mulheres. Assim, foi nessa IV Conferência que se criou a Plataforma de Ação Mundial, a qual definia doze grandes áreas nas quais deveria ser promovida a igualdade de gênero: 1) combate à pobreza, 2) combate à violência contra a mulher, 3) combate às situações de conflito armado, 4) combate à estereotipação da mulher nos meios de comunicação, 5) acesso à educação, 6) acesso à saúde, 7) acesso à economia do trabalho, emprego e recursos, 8) acesso ao poder e tomada de decisões, 9) promoção de mecanismos institucionais para o avanço da mulher, 10) promoção da

participação nas decisões sobre os recursos naturais e proteção ambiental, 11) promoção dos direitos das meninas e 12) proteção dos direitos das mulheres, (ONU, 1995, págs. 148-9).

Para articular estas doze áreas, os Estados deveriam elaborar planos nacionais de ação e criar mecanismos de promoção das mulheres, tais como conselhos, coordenadorias, secretarias e ministérios. Para além dos mecanismos já criados em alguns países, em Beijing os governos assumem o compromisso de garantir recursos financeiros e de priorizar as políticas deste campo. Por conseguinte, admitem a necessidade de criar órgãos com autoridade política e competência técnica para que, de forma específica ou transversalizada, promovam a equidade de gênero através de políticas públicas.

Em 1998, o Estatuto de Roma da Corte Criminal Internacional decreta como de sua jurisdição crimes de guerra ou contra a humanidade, para os quais são cometidos sistematicamente contra uma população, entre outros: a perseguição baseada no gênero, o tráfico humano, o estupro, a escravidão sexual, a prostituição forçada, a gravidez forçada, a esterilização forçada, e outras formas similares de violência sexual (ONU, 1998, artigos 7 e 8). No ano de 2000, na Convenção contra os Crimes Transnacionais Organizados, em Palermo, também foram ressaltados aqueles cometidos contra pessoas do sexo feminino (ONU, 2004). Como suplemento dessa Convenção e do Estatuto de Roma, foi fixado o Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (2004).

## **2.2 Monitoramento de Políticas de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres**

A Declaração Universal dos Direitos dos Homens de 1948 foi precedida por coletivos de discussão temática, entre esses a Comissão sobre o *Status* da Mulher (CSW, sigla em inglês), instituída pela ONU dois anos antes da Declaração. A CSW era responsável por promover estudos, análise e proposições de políticas nacionais que combatessem a desigualdade de gênero. Assim, subsidiou documentos como a Convenção dos Direitos Políticos das Mulheres, de 1952, a Convenção sobre a Nacionalidade das Mulheres Casadas, de 1957, a Convenção sobre o Casamento por Consenso, Idade Mínima para Casamento e Registro de Casamentos, de 1962.

O estabelecimento da Década da Mulher, de 1976-1985, propiciou espaços de encontros, fortalecimento político da agenda feminista, discussão acadêmica e estudos especializados. Foi neste ambiente que foi aprovada, em Assembleia Geral da ONU, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, sigla em inglês), em 1979. A Cedaw instituiu uma série de compromissos específicos para o

fim de violências sociais, culturais, institucionais e legais contra mulheres, os quais seus signatários assumiriam. Para que fosse possível examinar progressos, estabeleceu a criação de um Comitê composto por especialistas, representantes de diferentes etnias.

O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra Mulheres foi instituído em 1982. Seu papel é o monitoramento dos avanços alcançados pelos signatários, e demais Estados partes da Cedaw, a partir das definições de discriminações contra as mulheres e mecanismos para eliminá-las, estabelecidas na Convenção. O Comitê é composto por 23 especialistas, com mandatos de 4 anos. No artigo 18 da Cedaw, definiu-se que tal monitoramento se daria a partir de relatórios enviados pelos Estados partes, a cada quatro anos, ou quando solicitados, informando as medidas tomadas pelos setores legislativos, judiciários e executivos, para efetivar as disposições da Cedaw, assim como os progressos alcançados. Em contrapartida, é função do Comitê analisar os relatórios, emitir pareceres e recomendações.

Em busca da formulação de dados comparáveis sobre violência contra as mulheres, em 2006, é aprovada resolução<sup>14</sup> para intensificação dos esforços de eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres. A Resolução da 61ª Sessão da ONU entende a violência contra a mulher como "*any act of gender-based violence that is directed against a woman because she is a woman or that affects women disproportionately*" (ONU, 2007b). Ali, também definiu-se que a Comissão de Estatística da ONU e a CSW, com base no trabalho dos Relatores Especiais sobre a violência contra as mulheres, proporem um conjunto de possíveis indicadores sobre a violência contra as mulheres. O objetivo era ajudar os Estados na avaliação do escopo, prevalência e incidência da violência. Assim, pretendiam ainda incentivar Estados-Membros a coletarem dados e monitorar a extensão de tal violência, de uma forma sistemática (ONU, 2007a).

No ano seguinte, a ONU promoveu o Encontro do Grupo de Especialistas, no qual fizeram balanço das principais iniciativas nacionais, regionais e internacionais existentes, além de definirem critérios e recomendações para adoção de um conjunto de indicadores (2007a). Determinaram dois grandes grupos de indicadores sobre a violência contra as mulheres: indicadores que medem a extensão do fenômeno, e os indicadores que medem as respostas dos Estados-Membros para o problema (2007a). Como os Relatores Especiais das Nações Unidas sobre a violência contra as mulheres ficam com a incumbência de propor indicadores que

---

<sup>14</sup>Resolução A/RES/61/143, aprovada sem votação, em 19 de dezembro de 2006, pela 61ª Assembléia Geral da ONU.

mensuram as ações públicas dos governos nacionais, o Encontro de 2007 ocupou-se em refletir sobre os indicadores de extensão da violência contra as mulheres.

Definiram indicadores como instrumentos que devem:

*“summarize complex data into a form that is meaningful for policy makers and the public; (...) provide a simple summary of a complex picture, abstracting and presenting in a clear manner the most important features needed to support informed decision-making; (...) address one issue or question, and can be expressed as rates, percentages, ratios or numbers; (...) contribute to the monitoring of progress in achieving goals, and in policy evaluation.”*(2007a, pág. 4)

Assim, definem que os indicadores são parte de um conjunto de informações e análises necessárias para aumentar a compreensão de um problema, e para avaliar progressos na realização de políticas, permitindo comparações e verificação de tendências ao longo do tempo, dentro e entre países (2007a).

A Plataforma Beijim considerou que os espaços onde a violência contra as mulheres pode ocorrer são: intrafamiliares, comunitários e/ou de atuação governamental perpetrados ou tolerados pelo Estado (ONU, 2006; 2007a). Ponderaram, contudo, que as violências podem perpassar por mais de um espaço. O tráfico humano pode se iniciar na família, ser conduzido por rede comunitária e ter frágeis mecanismos de coibição no país onde a pessoa é capturada e nas demais nações para onde se destina (2006).

No Encontro de 2007, embora não pretendessem esgotar as diversas manifestações conjunturais, as seguintes formas de violência contra as mulheres foram elencadas: 1) violência entre parceiros íntimos; 2) práticas tradicionais nocivas, incluindo a mutilação/remoção genital feminina, infanticídio feminino e seleção do sexo na fase pré-natal, casamento precoce ou forçado, violência relacionada ao dote, crimes contra as mulheres cometidos em nome da "honra", e maus-tratos de viúvas; 3) feminicídio; 4) violência sexual por não-parceiros; 5) assédio sexual e violência no local de trabalho, e em outros lugares e 6) tráfico de mulheres (ONU, 2006; 2007a).

Relatórios da ONU consideram que houve melhoria na coleta e tratamento da informação sobre as formas de violência contra as mulheres, destacadamente sobre as violências cometidas por parceiros íntimos, todavia, afirmam que ainda há muito o que avançar em algumas áreas, praticamente sem dados confiáveis (2007a). O que noticiam existir amplamente são documentações das violências, sejam através de pesquisas de opinião, pesquisas acadêmicas e investigações jornalísticas, ou do levantamento de ONGs e demais grupos especializados da sociedade civil.

## **2.3 Políticas de Enfrentamento à Violência contra a Mulher no Brasil**

### **2.3.1 A Conquista de Direitos**

Em 1916, no Brasil foi aprovado o Código Civil que considerava a mulher como “relativamente incapaz” e conferia somente ao homem a chefia da família. À época, mulheres não tinham direito ao voto nem a cargos públicos (TELES, 1999). A conquista do sufrágio universal, pelo Código Eleitoral de 1934, contaria com o protagonismo de feministas pioneiras como Bertha Lutz, que influenciou a inclusão dos direitos da mulher na Carta das Nações Unidas, e iniciou a atuação de mulheres brasileiras nas esferas nacionais e internacionais (PITANGUY, 2011).

Ao fim da década de 60 e 70, movimentos de mulheres e estudos feministas, em interlocução e influência sobre o debate teórico e normativo internacional, trariam o tema da violência contra a mulher. A temática era ainda pormenorizada, vista como uma agenda importada ou relativa a um restrito recorte de classe. Porém, um episódio particular ampliaria a visibilidade e percepções sobre a violência doméstica e contra a mulher.

No dia 30 de dezembro de 1976, uma notícia veiculada no principal noticiário televisivo mudaria histórias: “a socialite mineira Ângela Diniz foi morta a tiros por seu marido, o empresário Raul Fernandes do Amaral Street, conhecido como “Doca.” O corpo foi encontrado na casa de praia do casal, no balneário de Búzios.”<sup>15</sup> Era a primeira vez que o assassinato de uma mulher- branca e rica - praticado pelo seu próprio companheiro, seria amplamente noticiado, marcando a construção e visibilidade desse novo problema social para a agenda política brasileira: a violência doméstica contra mulheres.

Anos mais tarde, Doca Street foi condenado a dois anos de cadeia, porém, teve direito de cumprir a pena em liberdade. A defesa alegara que o acusado agiu em legítima defesa da honra e que havia “matado por amor”. Na ocasião, a imprensa expunha também posições de absolvição, como a do famoso colunista Carlos Heitor Cony: “Crime passional qualquer um comete, até eu. [...] a chamada privação de sentidos, provocada pela paixão, pode fazer do mais cordial dos homens um assassino.”

O caso Diniz tornou-se, contudo, um marco dos movimentos feministas no enfrentamento a violências contra mulheres. Até aquele momento, as lideranças de esquerda não davam credibilidade às denúncias de agressões contra mulheres no âmbito das relações familiares, pois a consideravam uma agenda importada do feminismo europeu, que não condiria com a realidade nacional de opressão de classes. A imprensa brasileira, por sua vez, quando

---

<sup>15</sup>Extraído de <http://memoriaglobo.globo.com/Memoriaglobo/0,27723,GYN0-5273-250495,00.html>

apresentava crimes de homens contra esposas e parceiras, era somente entre pobres e negros, atribuindo ao fenômeno uma questão de classe.

No entanto, a morte de Ângela Diniz traria concretude para os discursos e reações feministas. Militantes passariam a organizar movimentos e muitas adotariam um *slogan* de grande repercussão: “quem ama não mata”. Consecutivos protestos levariam Doca Street a um novo julgamento, em 1981, que o condenou a 15 anos de prisão em regime fechado. A energia mobilizadora e articuladora daquele episódio colocaria em destaque, para o movimento feminista brasileiro, a questão da violência contra mulheres.

A partir de então, a violência contra as mulheres transformar-se-ia em um “problema social” (LENOIR ET AL, 1998). O Estado ingressaria na vida privada de lares e práticas, antes varridas para debaixo do tapete de invisibilidade das violências contra mulheres.

No pré-constituente, “*lobby* do batom” foi como ficou conhecida a campanha das 26 parlamentares mulheres que trouxeram para a pauta de discussões as reivindicações dos movimentos feministas, das representações de mulheres e de acadêmicas especializadas no tema. Foi um momento agregador de bandeiras, grupos e movimentos de mulheres, urbanas e rurais para pressionar políticas de combate à desigualdade de gênero. Conforme declaram em entrevista, Gilda Cabral e Jaqueline Pitanguy, lideranças feministas que estiveram à frente dessa campanha, “foram garantidos mais de 200 dispositivos constitucionais relativos às demandas feministas” (ZENKER, 2008). Aproximadamente 80% das reivindicações escritas na “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, assinada por dezenas de grupos, foram incorporadas.

Entre as inovações mais significativas, foram estabelecidas garantias aos direitos reprodutivos, como o aumento do período da licença-maternidade e a instituição da licença-paternidade; a igualdade de direitos e responsabilidades na família; a não-discriminação por motivo de sexo, raça ou etnia e proibição da discriminação da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos; e a obrigação do Estado de coibir a violência doméstica (PIOVESAN, 2006).

No enfrentamento à violência de gênero:

“o movimento de mulheres cedo compreendeu a articulação entre violência e discriminação contra as mulheres. Incluiu, assim, em sua agenda política a luta pela conquista da plena igualdade entre homens e mulheres, nos espaços públicos e privados; apontou a necessidade de leis e políticas públicas que concretizassem a cidadania das mulheres, com o reconhecimento e o acesso aos direitos até então negados, dentre eles o direito a uma vida sem violência.” (BARSTED; PITANGUY, 2011. Pág. 353)

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, mesmo ano da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, e em 1995 a IV Conferência Mundial sobre a Mulher influíram na institucionalização da cidadania e dos direitos humanos das mulheres no Brasil (BARSTED; PITANGUY, 2011. pág. 63). Os movimentos feministas e de mulheres, acadêmicos e legisladores utilizariam os acordos internacionais como instrumentos de pressão, formariam redes temáticas de discussão e *advocacy*, e desencadeariam novas e específicas políticas nacionais.

### **2.3.2 Políticas Nacionais**

Selando os compromissos da Constituição de 88 e dos posteriores acordos internacionais, que descreveremos adiante, um marco para a inclusão da agenda dos movimentos de mulheres nos compromissos de governo foi a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2002.

Como apresentamos anteriormente, a violência contra as mulheres no Brasil se destaca nas taxas de homicídios, na agressão corporal, no abuso sexual, na violência doméstica, além do tráfico humano e a violência institucional. O Ministério da Justiça, em 2004, registrava cerca de 50.000 casos de violência contra crianças e adolescentes. Segundo relatório nacional sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual (CECRIA, 2002), das 131 rotas internacionais, 102 traficam mulheres, e das 78 rotas interestaduais de tráfico humano, 62 envolvem adolescentes, enquanto as mulheres brasileiras adultas são preferencialmente traficadas para outros países.

Para confrontar esta problemática, a partir de demandas da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a SPM elaborou a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Nesta Política, o governo brasileiro reconhece sua responsabilidade no rompimento dos ciclos de violência. Baseada na estruturação e na ampliação da rede de serviços especializados, a Política objetiva: garantir atendimento integral às mulheres em situação de violência; promover capacitação dos agentes públicos para o atendimento e prevenção; ampliar o acesso das mulheres à justiça; e apoiar projetos educativos e culturais para a conscientização da sociedade (SPM, 2007b). Pressupõe, para tal, a consolidação de cooperações entre diferentes esferas e atores governamentais “no estabelecimento e na manutenção de serviços especializados (delegacias da mulher, casas-abrigo, centros de referência, serviços de apoio jurídico, defensorias públicas, serviços policiais e serviços da rede pública de saúde, dentre outros)” (2007b).

O governo federal cria, em sequência, o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SPMb, 2007), para o desenvolvimento de um conjunto de ações a serem executadas de 2008 a 2011. Suas políticas são destinadas, prioritariamente, às mulheres rurais, negras e indígenas em situação de violência (2007).

Recentemente, foi sancionada a Lei 13.104, de 9 de março de 2015, que torna o feminicídio crime hediondo. Ela é considerada, por feministas e especialistas, um marco político na luta pelos direitos das mulheres (PASINATO, 2015).

### **2.3.3 Metas e Indicadores Nacionais**

As ações previstas no Pacto se referem a quatro eixos estruturantes: 1) Consolidação da Política de Enfrentamento da Violência e Implementação da Lei Maria da Penha; 2) Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento da Feminização da AIDS; 3) Combate à exploração sexual de meninas e adolescentes e ao Tráfico de Mulheres; 4) Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão (2007). Em cada eixo, as linhas de ação são: I) ampliação da Rede de serviços: adequação, reaparelhamento e implantação de serviços; II) formação e capacitação para servidores públicos e lideranças da sociedade civil; III) apoio a ações educativas preventivas e de sensibilização; IV) Monitoramento, documentação e diagnóstico (2007). Os Objetivos específicos do Pacto são:

“Reduzir os índices de violência contra as mulheres; Promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; Garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional.” (2007)

Desde seu primeiro ano, o Pacto concentrou recursos nos 11 estados mais populosos e com maiores índices de violência, entre estes, o Rio de Janeiro, ao lado de São Paulo, Espírito Santo, Bahia, Ceará, Pernambuco, Pará, Amazonas, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Tocantins. As metas do Pacto Nacional, com recursos federais e período de execução até 2011, foram destinadas à infraestrutura da Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência; capacitação de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros Especializados de Assistência Social (CREAS) para que prestem atendimento adequado às mulheres em situação de violência; ampliação dos investimentos na Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180; capacitação de profissionais nas áreas de educação, assistência social, segurança, saúde e justiça; construção e a reforma de estabelecimentos prisionais femininos; desenvolver projetos geração de renda para as mulheres em situação de prisão, prevenção da violência contra as

mulheres por meio de iniciativas nas áreas da educação e cultura, e o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes; garantir que o tema violência contra as mulheres seja tratado em espaços formadores de opinião e/ou com públicos vulneráveis.

Com relação às mulheres rurais em específico, no ano de 2007, a Marcha das Margaridas<sup>16</sup>, maior mobilização social da categoria, que reuniu cerca de 30 mil trabalhadoras rurais em Brasília, teve como lema “Contra a fome, a pobreza e a violência sexista”. Relativo à violência contra a mulher, foram cobrados: a promoção de uma Educação do Campo Não-Sexista; e o combate a todas as formas de violência no campo, seja física, sexual, psicológica, patrimonial, institucional e assédio moral e sexual, através de políticas globais e outras especificamente voltadas para o rural. Como resposta, o governo federal anunciou o investimento de R\$ 1 bilhão para o combate à violência contra a mulher, a ser executado através do Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher.

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, para atender princípios de equidade, comprometeu-se a conferir atenção especial às mulheres rurais, negras e indígenas, em função da maior vulnerabilidade social que estariam submetidas (SPM, 2011c. Págs. 101-2). O Programa de Promoção de Igualdade de Gênero, Raça e Etnia (PPIGRE), através do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA) seria o parceiro da SPM nas ações de enfrentamento a violência contra mulheres rurais e negras. Foi instituído o Fórum Nacional de Elaboração de Políticas de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, com a incumbência de formular e discutir propostas relativas à problemática (SPM, 2011c).

---

<sup>16</sup>Compõem a Marcha das Margaridas: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Federações Estaduais dos Trabalhadores na Agricultura (FETAGs), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais Nordeste (MMTR-NE), Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB), CNS (Conselho Nacional dos Seringueiros), MAMA (Movimento das Mulheres da Amazônia), Marcha Mundial das Mulheres (MMM), Rede de Mulheres Rurais da América Latina e Caribe (REDELAC) e Coordenadoria das Organizações e Produtores da Agricultura Familiar no Mercosul (COPROFAM).

### **3. MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO RIO DE JANEIRO E NO BRASIL**

#### **3.1 Pesquisas com dados quantitativos e quantitativos**

A primeira pesquisa nacional sobre vitimização foi realizada em 1988, pelo IBGE, com algumas informações iniciais sobre a violência contra mulher, apresentaram que 63% das vítimas em locais residenciais eram mulheres, e dessas, 70% dos agressores era o próprio companheiro (SOARES, 2006).

Apenas a partir de 2001 foram lançadas duas pesquisas pioneiras, com dados específicos sobre violência contra a mulher. O Dossiê Mulher, produzido pela Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, e a primeira pesquisa amostral nacional sobre a mulher nos espaços público e privado no Brasil, pela Fundação Perseu Abramo, incluindo entre outras temáticas a violência. O Dossiê trouxe um panorama mundial sobre a violência contra a mulher, nesse Saffiotti publicou pesquisa com perfil das mulheres agredidas e da violência conjugal, a partir dos casos registrados nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), em vinte e duas capitais brasileiras (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 1999).

O estudo de Saffiotti apresentou que a maioria das mulheres agredidas tinha entre 30 e 40 anos, que buscava ajuda mais rapidamente quando sofria ameaça, do que quando sofria agressão. Metade dos casais com registros de violências tinha entre 10 e 20 anos de convivência, e 40%, entre um e dez anos de relacionamento. Após a queixa policial, 60% dos casais permaneciam juntos, 70% dos processos eram arquivados, muitas vezes por vontade da própria agredida, e quando tramitados, 21% dos acusados eram absolvidos (Ibidem, 1999).

A pesquisa amostral, com 2.502 entrevistadas acima de 15 anos, em todo o país, revelou a possível amplitude do problema. Em pergunta espontânea, 19% das entrevistadas disse já ter sofrido alguma violência por parte de um homem, e em pergunta estimulada, 43% (VENTURI; RECAMAN; OLIVEIRA, 2004). Dessas, 33% sofreu violência física, dividida em 13% de estupros, 22% de agressões e 24% de ameaças/cerceamentos. A falta de instrução e a mais baixa renda demonstraram algum impacto, por serem esses os grupos das que mais sofreram violência física e psíquica. Mulheres entre 35 a 44 anos apareceram como as que mais padecem de violência, e as idosas as que menos padecem. Aquelas que nunca tiveram relação sexual, as casadas com registro e as viúvas obtiveram os menores percentuais de violência, enquanto as separadas foram as que mais passaram por violência física, psíquica e assédio. Entre mulheres

negras, houve maior percentual das que já sofreram violências, do que entre brancas. Atuais e ex-parceiros conjugais eram os agressores predominantes (Ibidem, 2004).

As estimativas finais da pesquisa apontam que 20,3 milhões de mulheres acima dos 15 anos já haviam passado por alguma violência, 8 milhões por violência sexual e 16,6 por psicológica, com dados de 2001. O questionário ainda buscou saber se, caso feita denúncia, para que órgãos da Segurança Pública a vítima teria se direcionado. Não especificaram campo para respostas de direcionamento a órgãos da Saúde ou Assistência Social, senão no campo de “outros”, que esteve em torno de 1% das respostas. Finaliza questionando que mecanismos as entrevistadas gostariam que houvesse no combate à violência. São almejados, nessa ordem: abrigos, delegacias especializadas, serviços telefônicos gratuitos de socorro e orientação, atendimento psicológico, campanhas e orientação jurídica.

No Estado do Rio de Janeiro, estudo pioneiro avaliou o perfil das mulheres usuárias do Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), de 1998 e 2000 (ARAÚJO, 2001). A pesquisa revelou que cerca de metade das usuárias buscava o serviço por terem sofrido violência doméstica, tendo a lesão corporal e ameaça como as mais relatadas. A maioria das mulheres atendidas tinha entre 31 e 40 anos, ensino fundamental, registro como solteira, porém em relações conjugais nas quais passavam por cerca de 10 anos de relação conflituosa, até fazer a primeira denúncia, com média de 2 filhos, ligeira predominância do total de brancas sobre as negras e pardas, emprego fixo e ganho entre 1 e 3 salários mínimos (ARAÚJO, 2002).

Em 2005, o Senado Federal encomendou pesquisa sobre a percepção feminina acerca da violência doméstica contra a mulher e sobre a tipificação dessa violência. A Casa havia recém aprovado lei que estabelecia pena de prisão para violências praticadas no ambiente doméstico, o Projeto de Lei Maria da Penha estava em tramitação, e portanto pretendia fazer consulta e divulgação sobre a demanda social acerca dessas legislações. Foram entrevistadas 815 mulheres, com mais de 16 anos, das 27 capitais. Os ambientes de trabalho e o familiar foram tomados como os mais desrespeitosos contra as mulheres, as violências sexual e física tidas como as mais graves, e 17% declarou já ter sofrido alguma violência doméstica. Entrevistadas com até 29 anos eram 36% da amostra, porém, somavam 77% daquelas que sofreram violência pela primeira vez. O agressor era o marido/companheiro entre 65% das entrevistadas, e sobre recorrências, 40% das que residiam na região sudeste disseram já ter sofrido 4 vezes ou mais a violência doméstica (SENADO FEDERAL, 2005).

No mesmo ano, no estado do Rio o Programa Nova Baixada e a Violência Doméstica Contra as Mulheres levantou dados originais sobre violência na região, entrevistando 600

mulheres, entre 18 e 55 anos, moradoras de nove bairros de Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita e São João de Meriti. Averiguaram que 15,7% das entrevistadas sabiam que o sogro já havia agredido fisicamente a sogra, 27% que o pai ou padrasto havia agredido a mãe, e 23,2% presenciaram as agressões intrafamiliares. Segundo entrevistadas, o uso de álcool poderia ter desencadeado 52,2% das violências, e que principalmente as agressões físicas graves eram consideradas fortes motivos para a denúncia policial (ARAÚJO ET AL, 2005).

A primeira pesquisa domiciliar sobre vitimização na cidade do Rio ocorreria no mesmo período, aplicaram 3.435 questionários com amostra de 57,8% de mulheres e 42,2% de homens, com mais de 15 anos. Do total de ambos os sexos, 2% revelou ter sofrido violência física, entre as mulheres agredidas, o domicílio aparece como local mais frequente das agressões, 67% sofrem a agressão por parentes, quase na totalidade do sexo masculino. Desconhecidos são apenas 15,9% dos agressores contra mulheres, diferentemente do que é visto contra os homens, onde são 40,6% (ZALUAR, 2006).

A Lei Maria da Penha é aprovada em 2006, no ano seguinte o Senado repete a pesquisa a nível nacional, pela qual apresenta ter aumentado a percepção de proteção das mulheres diante das legislações vigentes, os 45% que declaravam ver desproteção antes da Lei, reduzem para 40,9% depois da Lei, em 2007 (SENADO FEDERAL, 2007). Entre as principais causas da violência, o uso do álcool pelo agressor é apontado por 45,5% das entrevistadas.

Com o advento do Pacto (nacional) de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, foram desenvolvidas e reforçadas políticas estaduais que buscam o cumprimento de determinações da Lei Maria da Penha, entre 2007 e 2011, através de acordo de cooperação federativo com a Secretaria de Política para as Mulheres (SPM). Todavia, o quadro da violência doméstica, desenhado pelo próprio governo do estado, através do Instituto de Segurança Pública (ISP), demonstra a manutenção da violência contra a mulher, predominantemente pelos seus parceiros. Segundo boletins de ocorrência das delegacias fluminenses, em 2007, 61,6% das vítimas de lesão corporal dolosa<sup>17</sup> eram mulheres, e 49,7% dessas foram agredidas por seus companheiros ou ex-companheiros (ISP, 2008). Em 2011, tais percentuais se mantiveram no mesmo patamar, sem significativas variações desde o início dos estudos, em 2002 (Id., 2012).

Com a introdução do Suplemento de Vitimização e Acesso à Justiça na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009, o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) inaugurou seção dedicada a indicadores de vitimização da população brasileira, que

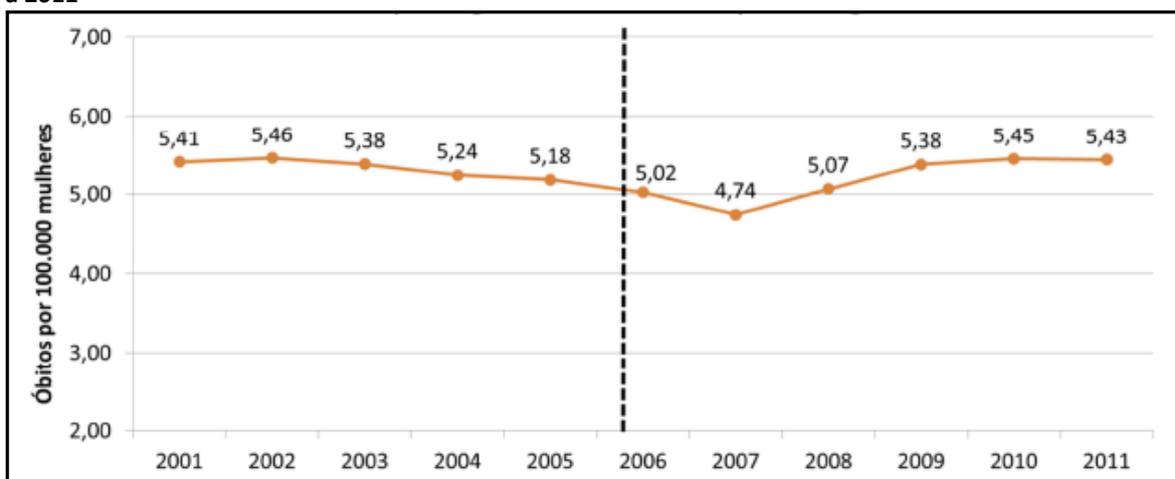
---

<sup>17</sup>Segundo o Código Penal Brasileiro, **Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Dos Crimes Contra a Pessoa**, Lesão Corporal Dolosa é a ofensa à “integridade corporal ou a saúde de outrem” na qual o “agente atua com dolo”, ou seja, com intenção, má fé.

confirma a estatística anterior (IPEA, 2011). O estudo revela que 43% das mulheres vitimadas são agredidas em suas próprias residências, enquanto 80% dos homens agredidos fisicamente o sofrem em locais públicos (2011, pág. 39).

Posteriormente, pesquisa estimou que ocorreram mais de 50 mil feminicídios, entre 2001 e 2011, onde 40% foram cometidos por parceiros íntimos (GARCIA ET AL, 2013). No *ranking* nacional, o Estado do Rio está na 16ª posição, com a taxa de feminicídio de 6,03/100.000 mulheres, entre 2009 e 2011, acima da média nacional (2013, pág. 2).

**Figura 1 – Mortalidade de Mulheres por Agressões, antes e após a vigência da Lei Maria da Penha – Brasil, 2001 a 2011**



Fonte: GARCIA, 2013

O Dossiê Mulher 2013 revela, similarmente, que mulheres foram vítimas preferenciais nos crimes de lesão corporal dolosa, tentativa de estupro, estupro<sup>18</sup>, calúnia e difamação, no Estado do Rio de Janeiro, em 2012, como apresentado na Figura 3 (ISP, 2013b). Contudo, verifica-se que a Segurança Pública registrou 5.380 vítimas femininas de violência sexual, enquanto a Saúde notificou 1.209 casos, 4,4 vezes a menos, somente no ano de 2012 (2013b). Tamanha diferença pode significar uma frágil capacidade institucional de notificação e diagnóstico do SUS, mesmo mediante atendimento por profissional de saúde, conforme refletimos no capítulo 4, sobre o Setor Saúde.

Estudos demonstram que a violência contra a mulher não exclui grupos sociais por renda, moradia, raça, faixa etária ou escolaridade. Contudo, vulnerabilidades sociais como a exposição ao racismo, à segregação social, à precarização, escassez ou falta de acesso (existe essa palavra?) a serviços e direitos podem ser fatores condicionantes, senão determinantes da

<sup>18</sup>A Lei Federal 12.015/2009 modifica a conceituação de "estupro" e passa a incluir conjunção carnal, "atos libidinosos" e "atentados violentos ao pudor".

promoção de saúde, exercício da cidadania, prevenção e punição de violências (IPEA, 2011. LUCENA, 2010.CNDSS, 2008).

Recente pesquisa analisou os condicionantes dos estupros repetidos, a partir do mesmo banco de dados que será utilizado neste trabalho, o SINAN, mas a nível nacional (CERQUEIRA; COELHO, 2013). Concluiu que o fato da vítima se localizar em região rural aumenta em 20% a probabilidade de sofrer estupros recorrentes (2013. Pág. 21). Outros condicionantes do estupro recorrente apresentados foram o menor nível educacional da vítima e a maior proximidade de relacionamento entre vítima e perpetrador, enquanto a raça e a faixa etária não influenciaram esta probabilidade (2013). Os resultados revelaram, conjuntamente, que as mulheres residentes em zonas rurais têm menor probabilidade de passar por profilaxia contra DST<sup>19</sup>, o que refletiria a escassez de serviços qualificados nessas áreas (2013).

Há diferentes interpretações, como a de Werneck, que destaca o dado da violência sexual aparecer como predominante contra mulheres negras (pretas e pardas), com 55% dos casos nacionais em 2006 e 2007 (WERNECK, 2010), similar ao que verificamos no Estado do Rio, apresentado na Figura 4. Há de se ponderar dois pontos, em nossa pesquisa, primeiro que a classificação por raça/cor, realizada nos serviços de saúde, é majoritariamente preenchida por profissionais de saúde e não pela autoclassificação do usuário, o que pode gerar distorções nos dados apresentados. Segundo, a violência é considerada multicausal, sendo assim, seria necessário isolar outras possíveis variáveis para nos certificarmos do peso da raça na propensão a sofrer violência. Para tal, é necessária a aplicação de métodos estatísticos, os quais nos propomos nesta pesquisa.

---

<sup>19</sup> A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes prevê a profilaxia para DST e a anticoncepção de emergência.

**Figura 2 – Dados sobre a Violência contra a Mulher no ERJ, segundo Formas de Violência**

<i>Formas de Violência</i>	<i>Delitos</i>	<i>Total de Vítimas</i>	<i>Vítimas Mulheres</i>	<i>% de Vítimas Mulheres</i>
Violência Física	Homicídio Doloso	4.030	295	7,3%
	Tentativa de Homicídio	4.532	678	15,0%
	Lesão Corporal Dolosa	88.939	58.051	65,3%
Violência Sexual	Estupro	6.029	4.993	82,8%
	Tentativa de Estupro	408	387	94,9%
Violência Patrimonial	Dano	7.192	3.087	42,9%
	Violação de Domicílio	4.139	2.511	60,7%
	Supressão de documento	1.152	619	53,7%
Violência Moral	Calúnia/ Difamação/ Injúria	48.943	35.414	72,4%
Violência Psicológica	Ameaça	82.763	55.171	66,7%
	Constrangimento Ilegal	1.602	906	56,6%

Fonte: DGTIT/PCERJ.

Fonte: ISP, 2013

Nos crimes de estupro, os valores absolutos têm elevado desde que se iniciou o estudo do ISP, apresentado na série de Dossiês Mulher. As taxas anuais passaram de 24,6/100.000 habitantes em 2008, para 36,9, em 2012 (ISP, 2013b).

### **3.2 Contexto Demográfico e Político Administrativo do Estado do Rio**

Separado da capital federal em 1960 e unificado à Guanabara em 1974, o Estado do Rio de Janeiro está composto por 92 municípios. Sua distribuição administrativo-política e regional não segue um único modelo. A Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) divide os municípios em 9 regiões com suas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR): Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Norte, Bacia da Ilha Grande, Médio Paraíba, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Noroeste<sup>20</sup>. Já a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESEG) gerencia sua atuação através de 7 Regiões e 41 Áreas Integradas de Segurança Pública<sup>21</sup>. A Secretaria de Estado de Planejamento (SEPLAG), por sua vez, planeja o estado em 8 regiões, e a de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) refere-se a diversificadas divisões geográficas em seus documentos. Essas diferentes organizações político-administrativas obviamente dificultam a regionalização e integração de informações, serviços e políticas, como

<sup>20</sup>Ver anexo B para distribuição dos municípios entre as regiões.

<sup>21</sup>Conforme anexo B.

poderemos verificar adiante, na parte analítica deste trabalho. Como nos utilizaremos fundamentalmente dos bancos de dados da Saúde, seguiremos a divisão regional da SES-RJ.

De acordo com o último Censo, em 2010 o estado contou 15.989.929 habitantes, 525.690 desses com residência em áreas rurais, 3,29% da população, enquanto 15.464.239, ou 96,71% do total, em áreas urbanas (IBGE, 2010). A região Norte é a de maior extensão territorial, com 9.221 Km<sup>2</sup>, contida na área estadual de 43.779,8 Km<sup>2</sup>, absorve 21,06% do terreno do estado (2010).

**Figura 3 – Distribuição Demográfica no ERJ, segundo Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	População		Área (km <sup>2</sup> )		Densidade demográfica (hab./km <sup>2</sup> )
	Número	% no Estado	Número	% no Estado	
Baía da Ilha Grande	243.500	1,52	2103	4,8	115,8
Baixada Litorânea	679.493	4,25	2707	6,18	251,0
Centro-Sul	319.351	2,0	3221	7,36	99,1
Médio Paraiba	855.193	5,35	6192	14,14	138,1
Metropolitana I	9.873.610	61,75	3466,3	7,92	2848,5
Metropolitana II	1.940.391	12,14	2714	6,2	714,9
Noroeste	330.093	2,06	5897	13,47	56,0
Norte	836.915	5,23	9221	21,06	90,8
Serrana	911.383	5,7	8258	18,86	110,4
<b>Estado</b>	<b>15.989.929</b>	<b>100</b>	<b>43779,8</b>	<b>100</b>	<b>365,2</b>

Fonte: IBGE, Censo 2010.

A região Metropolitana I, na qual se situa a capital, aparecia como a mais densa demograficamente, com 2.848,5 habitantes/km<sup>2</sup> ou 9.873.610 de habitantes, 61,75% do total(2010), conforme figura 1.No estado, 2.023.744 residiam em aglomerados subnormais, favelas (2010). Todavia, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do estadual é considerado alto, de 0,807, na escala de 0 a 1, onde 1 é considerado o valor máximo em desenvolvimento humano (CEPERJ, 2011).

Os cinco municípios mais populosos são o Rio de Janeiro, com 55,4% da população, São Gonçalo, com 8,8%, Duque de Caxias, com 7,5%, Nova Iguaçu, com 7% e Niterói, com 4,3% (IBGE, 2010). A maior parte da população encontrava-se na faixa etária entre 30 e 49 anos, eram 4.758.015 indivíduos em 2010, correspondendo a 29,8% da população (2010). Os municípios com maior densidade demográfica eram São João de Meriti, com 13.024,26 hab/km<sup>2</sup>

e Nilópolis, com 8.117,62 hab./km<sup>2</sup>, ambos localizados na região Metropolitana I. Com menor densidade, estavam Trajano de Moraes, com 17,44hab./km<sup>2</sup> e Santa Maria Madalena, com 12,67hab./km<sup>2</sup>, ambos na região Serrana. Niterói apresentava o melhor IDH no ranking estadual, de 0,886, e Varre-sai o pior, de 0,679 (CEPERJ, 2011).

Somente a capital, a cidade do Rio de Janeiro continha 6.320.446 habitantes, e aparecia como a 4ª mais densa do estado, com 5.285,8117,44hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Na cidade do Rio, 98,45% dos domicílios particulares permanentes tinham serviço de abastecimento de água adequado, 90,91% tinham serviço de esgoto adequado e 99,23% tinham serviço de coleta de lixo adequado, em 2010 (PRJ, 2014). Com relação à escolaridade no município do Rio, havia 2% de analfabetismo entre as crianças e adolescentes de 10 a 14 anos (2014).

Ainda no município do Rio, o rendimento médio dos responsáveis, que tinham rendimento, pelos domicílios, era de 4,78 salários mínimos; 48,86% dos responsáveis por domicílios com rendimento, ganhavam até dois salários mínimos; e 10,33% dos responsáveis por domicílios com rendimento, ganhavam igual ou superior a 10 salários mínimos (2014). As favelas continham cerca de 1,4 milhão de residentes, desses 8,8% nunca frequentaram a escola, quase o dobro dos residentes sem escolaridade em áreas fora de favelas, de 4,7% (IBGE, 2013). Mesmo mediante tais desigualdades, a capital conteve o 2º melhor IDH do estado, de 0,842 (CEPERJ, 2011).

A população feminina estadual, de 8.364.250 habitantes, com 52,3% do total, predominava sobre a masculina, de 7.625.679, com 47,7% (IBGE, 2010). A região Metropolitana I, em 2012, continha a maior proporção populacional do sexo feminino, 52,7%, e a Baía da Ilha Grande a menor, com 50,7% do sexo feminino<sup>22</sup>. Na divisão de sexo por idade, a população masculina nas faixas de 0 a 19 anos, com 2.357.191 residentes, era maior que a feminina, com 2.298.724 (2010), o que revela uma maior mortalidade de homens nas fases juvenil, adulta e idosa, conforme confirmaremos adiante com os dados do SUS e da Segurança Pública.

### **3.3 Políticas Estaduais Pioneiras**

A reação ao assassinato de Ângela Diniz, na década de 70, que ocorreu no município de Búzios, reforçou o Rio de Janeiro como cenário de lutas sociais e respostas políticas. Lutas que disputam diferentes concepções sobre a exposição do corpo feminino, visibilidades sobre os

---

<sup>22</sup>Conforme dados extraídos do SUS, e fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Versão de 27/06/2013. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?pop/popri.def>.

papéis da mulher na sociedade e na família, assim como definições e formas de combate a violências contra mulheres. No estado do Rio, seriam constituídas e replicadas iniciativas pioneiras, tais como: o SOS Mulher fluminense – espaço de escuta e denúncia da violência doméstica; o Conselho Estadual de Direitos das Mulheres (Cedim); as Delegacias Especializadas em Atendimento a Mulheres (DEAM); as Casas Abrigos – para mulheres em risco de vida sob ameaça de companheiros; Centros de Atendimento Especializados; e as Promotoras Legais Populares.

Nesse mesmo estado que revelou nas praias a barriga grávida exposta de outra, ainda lembrada, Diniz, saíram notadas lideranças para o *lobby* do batom no pré-constituente, para as Conferências Internacionais definidoras de marcos de direitos, e de influentes movimentos de mulheres.

### **3.4 Políticas Estaduais Especializadas: possíveis fatores de proteção**

#### **Secretaria de Estado de Saúde (SES)**

A SES-RJ não tem setor específico que desenvolva ações de assistência a mulheres em situação de violência, tampouco políticas continuadas com esta finalidade. Há uma unidade de saúde que atualmente oferece o serviço SOS Mulher, de atendimento multidisciplinar a vítimas de violência, no Hospital da Mulher em São João de Meriti.

Por iniciativa pontual de alguns funcionários, constituiu em 2013, o Grupo de Trabalho (GT) de Violências em Saúde. O GT busca articular os seguintes setores: Área Técnica de Ações contra Violências, Coordenação de Saúde da Mulher, Área Técnica de Saúde das Populações LGBT, Superintendência de Atenção Básica, Assessoria de Gestão Participativa, Assessoria da Subsecretaria de Unidades Próprias, Assessoria de Humanização, Coordenação de Educação em Saúde, Gerência de DSTs, Saúde Mental, Coordenação de Saúde da Criança e Adolescente.

Entre suas primeiras ações, o Grupo de Trabalho fez um levantamento de quais unidades de saúde cumpriam o atendimento emergencial previsto na Norma Técnica de Violência Sexual, elaborou protocolo para atendimento a tais vítimas, e ofereceu oficinas de sensibilização a profissionais de alguns hospitais estaduais de urgência e emergência. Além dessas, a primeira ação do GT foi a contribuição em Cartilha, organizada pela Rede Capital de Enfrentamento a Violências contra Mulheres (composta pelas coordenações das DEAMs, CIAMs, Defensoria Pública, Ministério Público, Casas Abrigo, SMSDC-Rio, SES-RJ e SEASDH), a qual orienta cidadãos e vítimas de violência sobre como e onde encontrar serviços

especializados. E nessa cartilha, pela primeira vez a SES anunciou a oferta de abortamento legal, iniciado em meados 2013, no Hospital da Mulher.

### **Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESEG) e Judiciário**

A SESEG apresenta duas principais ações relacionadas a mulheres em situação de violência. A primeira é o Dossiê Mulher, produzido pelo Instituto de Segurança Pública (ISP) desde 2006, que traz estatísticas relativas aos crimes de lesão corporal dolosa, a ameaça, o atentado violento ao pudor, o estupro, o homicídio doloso e a violência doméstica. A segunda são os atendimentos especializados através das nove (09) Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAMs), nos municípios de Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Niterói, São Gonçalo e Volta Redonda; e dos dois (02) Grupos Especializado de Atendimento à Mulher (GEAM), que atendem às mulheres nas Delegacias dos municípios de Itaboraí e São João de Meriti.

Verificamos que há também algumas capacitações pontuais e não periódicas, como a parceria com o Ministério Público do RJ, de Formação Policial em enfrentamento à exploração sexual infantojuvenil e tráfico humano, e a formação à distância em violência doméstica, como parte dos cursos oferecidos pelo Ministério da Justiça, através do Projeto Bolsa Formação para profissionais de segurança pública e justiça criminal.

No Judiciário, localizamos dois (02) Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar, na cidade do Rio de Janeiro; e um (01) Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

### **Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH)**

A SEASDH possui 313 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e 34 Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) habilitados a fazerem o primeiro atendimento, o encaminhamento e contra-referenciamento para outras instituições, no atendimento e assistência a mulheres em situação de violência.

Além desses, a SEADH recebe recursos do Ministério da Justiça, desde 2009, para a execução do projeto Mulheres da Paz. Embora a ênfase do projeto seja a utilização do protagonismo feminino em favelas, para o envolvimento de jovens em situação de vulnerabilidade social, há algumas ações de formação política e “empoderamento de mulheres”, relacionadas a direitos e prevenção de violências.

Possui, Subsecretaria de Políticas para as Mulheres, a qual tem Coordenação para o Enfrentamento a Violência contra Mulheres. Essa Coordenação organiza a Rede Capital, e

coordena as ações focalizadas dos equipamentos especializados e do Pacto de Enfrentamento a Violência contra Mulheres no Estado.

Segundo relatório da então Superintendência Estadual de Direitos das Mulheres (em 2013, elevada à Subsecretaria de Política para as Mulheres – SPM), em 2011, os principais Organismos Governamentais e Serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e risco, em esfera municipal seriam:

- quatro (04) Secretarias Municipais de Políticas para as Mulheres, nos municípios de Macaé, Teresópolis e Cabo Frio e a Coordenação Municipal de Direitos da Mulher (CODIM) que funciona como Secretaria da Prefeitura do município de Niterói.

- uma (01) Subsecretaria de Políticas para as Mulheres, no município de São Gonçalo.

- nove (09) Coordenadorias da Mulher, nos municípios de: Mesquita, Nova Iguaçu, Itaboraí, Belford Roxo, Resende, Paracambi, Nilópolis, Angra dos Reis, além do Rio Mulher – órgão da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro que funciona como Coordenadoria.

- vinte (20) Conselhos Municipais dos Direitos da Mulher instalados nos seguintes municípios: Duque de Caxias, São João de Meriti, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Nilópolis, Queimados, Macaé, Campos dos Goytacases, Bom Jesus de Itabapoana, Barra do Piraí, Petrópolis, São João da Barra, Resende, Teresópolis, Maricá, Três Rios, Seropédica, Niterói, São Gonçalo, Tanguá, Volta Redonda e Piraí,

No que se refere aos serviços governamentais voltados especificamente, para o atendimento a mulheres em situação de violência, o estado do Rio de Janeiro conta com os seguintes serviços:

- quatro (04) Casas Abrigos, situadas nos municípios do Rio de Janeiro, Volta Redonda, Campos e São João de Meriti;

- onze (11) Centros de Referência e Atendimento à Mulher, nos municípios de Duque de Caxias, Belford Roxo, Nova Friburgo, Petrópolis, Rio de Janeiro (CIAM-Rio, CRM-Maré e Rio Mulher), São Gonçalo (CEOM São Gonçalo), Nova Iguaçu (CIAM-Regional Baixada Fluminense), Rio das Ostras (Casa da Mulher) e no município de Volta Redonda;

- quatro (04) Núcleos de Atendimento à Mulher vinculados às Coordenadorias/Secretarias da Mulher, nos municípios de Nova Iguaçu, Niterói, Macaé e Mesquita;

- oito (08) Núcleos Integrados de Atendimento à Mulher -NIAM (conveniados com a SPM), nos seguintes municípios: Três Rios, Quissamã, Resende, Barra Mansa, Campos de Goytacazes, Queimados, Teresópolis.

## **Políticas Integradas, Metas e Indicadores Estaduais**

Para confrontar desigualdades de gênero e a violência contra mulheres, em 2008, o Conselho Estadual de Direitos da Mulher e a Superintendência de Direitos da Mulher elaboraram o Plano Estadual de Ação no Marco do Pacto. Este Plano baseou-se nos princípios da Política Nacional de Enfrentamento da Violência: igualdade e respeito à diversidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, participação e controle social. (ERJ; SEASDH, 2008).

A promessa inicial foi de R\$ 2 milhões em investimentos de serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência, tais como delegacias especializadas, juizados especiais, abrigos, centros de referência e serviços de saúde e reabilitação do agressor, capacitação de agentes públicos e Redes para a Integração de Serviços em Pólos Regionais.

#### **4. O SETOR SAÚDE E O E O CAMPO DA VIOLÊNCIA**

A transição epidemiológica no Brasil não ocorreu como em muitos países desenvolvidos, pois aqui “antigos” e “novos” problemas de saúde passaram a coexistir, embora haja o predomínio das doenças crônico-degenerativas sobre as doenças transmissíveis. O perfil de morbimortalidade, considerado um indicador das condições de vida, passou a ter as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas, nesta ordem, como as três principais responsáveis pelos óbitos da população brasileira (SZWARCOWALD, 1987 Apud MINAYO; SOUZA, 1993). A violência é categorizada como “agressões” entre as causas externas, revelando-se a partir da década de 80 como uma das endemias consequentes da deterioração das condições de vida e de saúde, associada à atuação precária da rede de serviços públicos de saúde (1993).

##### **4.1 Normatização da Informação e o SINAN Violência**

No final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde, a partir de demandas do movimento feminista e de entidades de garantia dos direitos humanos, instituiu políticas e normatização das ações de prevenção e tratamento de agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (LIMA; DESLANDES, 2011). Em 1998 foi redigida a “Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, atualizada em 2005, revisada e ampliada em 2012 pela Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A Norma Técnica visa: organizar a atenção em saúde através da assistência nos serviços públicos de saúde; normatizar o atendimento clínico, os cuidados médicos, de enfermagem e psicossocial, a anticoncepção de emergência, a quimioprofilaxia das DSTs, o acompanhamento laboratorial, os procedimentos para interrupção da gravidez e a coleta de material para identificação do agressor; e propor o encaminhamento intersetorial (BRASIL, 2012.LIMA; DESLANDES, 2011).

A obrigatoriedade da notificação das violências foi estabelecida, destacadamente, pelas seguintes legislações: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei nº 8.069/1990; Lei nº 10.778/2003, de violência contra a mulher; Lei nº10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, e a Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011; e o Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a notificação compulsória da violência contra a mulher (BRASIL, 2011. Págs. 9-10). Em 2004, o SUS incorporou serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, definindo instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde, através da Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro.

Os sistemas nacionais de informações do MS possibilitam o monitoramento e análise dos dados, inicialmente, da declaração de óbito pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da autorização de internação hospitalar no SUS, pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Como o SIH/SUS e SIM limitam-se aos casos violentos que tenham passado por internação ou óbito, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, com o objetivo de obter dados e divulgar as informações sobre violências e acidentes. O sistema VIVA foi estruturado em dois componentes:

“Componente I – *Vigilância Contínua*, que capta dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde. Foi implantada no SUS a partir de 1º de agosto de 2006, inicialmente em serviços sentinela de violências e acidentes. Entretanto, em função da legislação vigente e das intervenções necessárias às ações de prevenção, atenção e promoção, essa vigilância será gradualmente universalizada para todos os serviços de saúde. A notificação é realizada por qualquer profissional ou trabalhador da saúde, ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* no Sinan Net; e, Componente II – *Vigilância por Inquérito*, que é um tipo de vigilância pontual, realizada por meio de inquéritos, por amostragem, a partir de dados de atendimentos de pessoas que sofreram violências e acidentes, coletados em serviços sentinela de urgência e emergência. No início, em 2006 e 2007, foi realizado anualmente, passando a ser bianual, a partir de 2007. O instrumento de coleta é a *Ficha de notificação de acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência*.” (BRASIL, 2011. Págs. 14-5)

A partir de então, a coleta de dados se tornou universal, nacional e contínua, e foi incorporada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de articular e integrar a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências. Em 2009, a ficha de notificação substituiu questionário padronizado, e a vigilância contínua do sistema VIVA seria incorporada ao SINAN Net, padronizando a coleta e envio de dados (Brasil, 2009). A ficha do SINAN-Violência<sup>23</sup> destina-se à notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada. Ela é compulsória para violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Ressalta-se que a “ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras.” (MS, 2015. Pág. 21).

Devido a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade, os compromissos internacionais e nacionais e o Regulamento Sanitário Internacional, o Ministério da Saúde torna

---

<sup>23</sup> Há outros agravos de notificação compulsória no SINAN, contudo, como iremos nos referir somente ao SINAN-Violência nesse trabalho, na maior parte do texto apenas utilizaremos a sigla “SINAN”, também ficando subentendido que estamos sempre nos referindo aos dados do SINAN/RJ, com dados apenas do Estado do Rio de Janeiro.

a notificação de violências compulsória (PATRÍCIO; MICHALOSKI; RUJULA, 2011 Apud LIMA; DESLANDES, 2015).

Considerando os marcos legais de 2006 e 2009 e a obrigatoriedade da notificação compulsória, o MS admite que o processo de implantação e implementação da notificação em estados e municípios será feito de forma gradual. A obrigatoriedade da notificação compulsória de violências teve como destaque as recentes publicações das Portarias MS/GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, e MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, ambas incluindo na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual, e reiteradas na Portaria nº 1.271, de 6 de junho 2014, que tornou compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Assim, consideraremos como o MS, que há um “processo continuado de aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde” e esforço permanente para universalizá-lo (BRASIL, 2011).

Acreditamos que o recorte temporal de nossa pesquisa, de 2009 a 2012, certamente refletirá as graduais mudanças na cobertura e qualidade da informação, sem maiores prejuízos à comparatividade dos dados ao longo dos anos. Temos em vista, ainda, que o Rio de Janeiro contém relevantes percentuais de cobertura de notificação, além do estado oferecer trabalho pioneiro de implantação da ficha de notificação de maus tratos a crianças e adolescentes, instituída pela SES-RJ em 1999, pelo meio da Resolução nº 1.354/1999 (LIMA; DESLANDES, 2009).

Em 2011, a SES-RJ declarou que 85 % dos 92 municípios do estado realizavam notificação através do VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde) (ERJ; SES, 2012). Conforme levantamos no SINAN Net, em 2009, 48%, os municípios notificaram ao menos 1 vez, correspondendo a 85% da população estadual, já em 2012, eram 94,5% dos municípios cobertos, representando 99,5% da população.

Há informações contidas no SINAN que identificam o usuário, as circunstâncias do agravo, as recomendações de tratamento, e há aquelas que são codificadas segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (ERJ; SES, 2014).

A CID-10 contém uma lista publicada pela OMS que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, de acordo com uma variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (ERJ; SES, 2014). As violências são consideradas causas externas de agravos ou

óbitos, e estão contidas no Capítulo XX da CID 10 - Causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos de V01 a Y98), com os seguintes grandes grupos: 1 (V01-X59) Acidentes; 2 (X60-X84) Lesões autoprovocadas intencionalmente; 3 (X85-Y09) Agressões; 4 (Y10-Y34) Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; 5 (Y35-Y36) Intervenções legais e operações de guerra; 6 (Y40-Y84) Complicações de assistência médica e cirúrgica; 7 (Y85-Y89) Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; 8 (Y90-Y98) Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte (BRASIL, 2014). Neste trabalho são consideradas somente as notificações compulsórias de violência, essas já veem com o código Y09 preenchido na ficha de notificação do SINAN, que refere-se a “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” (BRASIL, 2011).

#### **4.2 Notificação e Atendimento a Mulheres em Situação de Violência no SUS-RJ**

Se os bancos da Segurança e Saúde Públicas se assemelham no que se refere às mortes violentas, o mesmo não ocorre quando verificarmos os crimes violentos não-fatais contra mulheres. Pudemos observar que os dados destoam de forma mais acentuada, conforme demonstrado na sessão anterior, pois a SESEG registrou 5.380 crimes de violência sexual contra o sexo feminino (ISP, 2013b), enquanto o SUS notificou 22,5% desses, com 1.209 casos de violência sexual, em 2012.

Pesquisa nacional revela similar proporção, os 12.087 casos de estupro notificados no SINAN em 2011, corresponderam a somente 23% do total registrado pela polícia em 2012 (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

A subnotificação dos dados da Saúde no Estado do Rio de Janeiro torna-se evidente mediante a discrepância com os dados da Segurança Pública, como na categoria observada, além do próprio subregistro enfrentando nas Delegacias, pelo mau tratamento dos dados, ou ainda pela falta de denúncias de muitos crimes violentos. A subnotificação institucional – quando o usuário é atendido, mas não notificado – é ainda mais evidente quando consideramos que grande parte das mulheres vítimas de violência sexual busca uma unidade de saúde como primeiro serviço após a violência, geralmente pronto-socorros, como afirmam alguns autores (OLIVEIRA ET AL, 2005.)

Como apresentamos, em 2012, 94,5% dos municípios já haviam notificado no Sinan Net, uma cobertura de 99,5% da população estadual. Assim, verificamos que a cobertura de notificação fluminense está bem acima dos 74,6% da cobertura populacional nacional, dos dados por municípios que possuem centros de saúde que notificam (CERQUEIRA; COELHO, 2014. Pág. 7).

Apesar da quase totalidade de cobertura, a subnotificação institucional pode se dar, como argumenta a SES-RJ, para casos de violência intrafamiliar, devido a empecilhos das gestões municipais:

“dificuldades para as ações de vigilância, como alta rotatividade de profissionais nos municípios, falta de clareza dos gestores quanto à percepção da violência como problema de saúde pública e receio de exposição pessoal do profissional de saúde, ao proceder o registro de casos.” (2011. Pág. 77).

Como descreveremos adiante, na relação de ações de enfrentamento a violências contra mulheres da SES-RJ, verificaremos que possivelmente essa secretaria de estado incorre das mesmas falhas que aponta em seus parceiros municipais, no que se refere à atuação (ou falta de) dos estabelecimentos e serviços estaduais.

A normatização de procedimentos específicos nos serviços de saúde, entre os quais a notificação tem papel estratégico para a organização da rede de atendimento, é regida pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012). Pesquisa sobre serviços de saúde no Estado do Rio, através da análise da incorporação de parâmetros sugeridos pela Norma Técnica, conclui que há muitos gargalos (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012). Revelam que entre os 146 gestores e profissionais de saúde entrevistados, há diferenciadas formas de adoção dos parâmetros, entre as maiores lacunas, ressaltam que a frágil formação profissional na matéria, agravada pela falta de treinamento profissional contribuem para a invisibilidade da demanda e assistência pouco adequada (2012).

## **5. OLHARES SOBRE AS VIOLÊNCIAS E AS MULHERES**

### **5.1 Violência contra a Mulher, Violência de Gênero e Mulheres em Situação de Violência: conceitos ou categorias**

A definição de “violência contra a mulher” foi acordada mundialmente na Convenção de Belém do Pará, quando foi redigido o primeiro tratado internacional de proteção aos direitos humanos das mulheres. Determinou-se violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico” (OEA, 1994. Art. 1º). Tal definição abarca três formas de violência: a violência doméstica, cometida em qualquer relação interpessoal, e na qual o agressor já conviveu no mesmo domicílio que a mulher; a violência ocorrida na comunidade, que inclui abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual; e a violência institucional, aquela promovida pelo Estado e seus agentes (SPM, 2008).

No Brasil, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres baseou-se na Convenção de Belém, para considerar:

“as mais diferentes formas de violência contra as mulheres, tais como: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial); a violência sexual; o abuso e a exploração sexual de mulheres, adolescentes e jovens; o assédio sexual; o assédio moral; o tráfico de mulheres; a violência institucional e a sofrida pelas mulheres que exercem a atividade de prostituição.” (2008, págs. 97-8)

Anterior a tais definições, a violência contra as mulheres e a violência de gênero tornaram-se uns dos principais temas dos estudos feministas, que se iniciaram na década de 80 no Brasil, mas passariam ao largo das últimas décadas por imprecisões conceituais, conforme artigo de Santos e Zumino que discorrem sobre esse histórico (2010). Os estudos buscavam dar visibilidade e promover medidas de combate à violência no Brasil, entre as correntes teóricas destacaram-se a da dominação masculina, a da dominação patriarcal e a relacional (SANTOS; IZUMINO, 2010).

A corrente da dominação masculina define a violência contra a mulher como expressão da anulação da sua autonomia, na qual a mulher seria vítima e cúmplice desta dominação (2010). Essa teoria afirma que ocorre um processo histórico e cultural de transformação das diferenças entre homens e mulheres em desigualdades, na qual as mulheres perdem a condição de sujeito para a de objeto (CHAUÍ, 1985). Deste modo, ocorre a naturalização das relações de dominação, que converte o social em biológico e o biológico em social, e reproduz mecanismos e instituições que eternizam a dominação masculina (BOURDIEU, 2007).

A abordagem sobre a dominação patriarcal, introduzida no país por Saffioti, considera a exploração que a mulher sofre, além de política e ideológica, também econômica e racial (SAFFIOTI, 2004). Segundo a autora, as mulheres seriam historicamente vitimadas, mas também “sujeitos” em relações desiguais de poder, onde são forçadas a ceder às agressões (2004). Saffioti viria, ainda, a ser uma das primeiras autoras a substituir a categoria “mulher” por “gênero”, “definido como uma relação socialmente construída entre homens e mulheres, servindo como categoria de análise para se investigar a construção social do feminino e do masculino” (SANTOS; IZUMINO, 2010. Pág, 6).

A terceira corrente teórica viria no inícios dos anos 90 e relativizaria a perspectiva dominação-vitimização (SANTOS; IZUMINO, 2010). Uma de suas principais pioneiras, Maria Filomena Gregori, considera a violência também uma forma de comunicação perversa entre parceiros, rejeita as abordagens baseadas na dicotomia autonomia-heteronomia, e caracteriza a violência doméstica como um jogo relacional, e não como uma disputa de poder (GREGORI, 1993). Gregori observou que mulheres atendidas pelo SOS-Mulher de São Paulo não buscavam somente a separação de seus parceiros, e que ao se colocarem como vítima em suas narrativas, transformavam seu protagonismo (desejos, demandas, negociações) nas cenas de violência conjugal, em cumplicidade na reprodução do papel da mulher como não-sujeito (1993).

Em reação ao debate que Gregori trouxe, algumas organizações introduzem a discussão sobre a “cumplicidade” da mulher na violência conjugal, e adotam o termo “mulheres em situação de violência”, em substituição a “mulheres vítimas de violência” (SANTOS; IZUMINO, 2010). Santos e Izumino apresentam que o trabalho de Elaine Reis Brandão, sobre o contexto das queixas de uma delegacia da mulher no Rio, em 1995, refletiria sobre a “suspensão” das queixas como um instrumento de negociação da mulher com o parceiro, conferindo um significado que iria além da dicotomia vitimização-cumplicidade, através da manipulação da queixa (2010).

Os estudos feministas, suas definições conceituais e categorias seriam influenciados pelos debates teóricos internacionais, assim como pelas mudanças políticas e jurídicas nacionais e internacionais, como a Constituição de 1988<sup>24</sup> e o reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos na Convenção de Belém. Importantes na visibilidade e compreensão do problema, segundo Santos e Izumino esses estudos ainda careceriam de maior rigor teórico e diferenciação das expressões “violência contra as mulheres”, “violência de

---

<sup>24</sup> No item 3.1 Políticas de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil, descrevemos os principais avanços da Constituição de 88, relacionados aos direitos das mulheres.

gênero”, “violência familiar” e “violência doméstica,” que aparecem como sinônimos ou semelhantes (2010).Discordam que a violência de gênero seja uma forma de dominação patriarcal, com papéis estáticos impostos a mulheres e homens, e

“adotando o conceito de poder de Foucault e o conceito de gênero de Scott, Izumino argumenta que “pensar as relações de gênero como uma das formas de circulação de poder na sociedade significa alterar os termos em que se baseiam as relações entre homens e mulheres nas sociedades: implica em considerar essas relações como dinâmicas de poder e não mais como resultado da dominação de homens sobre mulheres, estática, polarizada” (IZUMINO, 1987 Apud SANTOS; IZUMINO, 2010)

As contradições, ambivalências, agressões mútuas e disputas nas relações afetivas seriam reconhecidas em diversos trabalhos como de Schraiber e Oliveira (1999), Minayo (2011) e Soares (2012). A utilização do termo “mulheres em situação de violência” não recairia sobre as designações de mulheres vítimas e homens agressores inerentes à “violência contra a mulher”. O reconhecimento de que a mulher também pode agredir dentro de uma infinidade de dinâmicas de interação das relações conjugais, não significa que não possamos reconhecer conjuntamente a existência de símbolos naturalizados do domínio masculino ou das referências e determinantes patriarcais das sociedades. Tampouco, oculta novamente a grande desproporção sobre a qual a violência conjugal masculina se exerce sobre a feminina, mas como ressaltou Soares:

“A questão, vale insistir, é que, além de não cobrir a totalidade das experiências reais, a ideia de que o motor da violência está na dominação de gênero (contida na própria expressão “violência contra a mulher”) reduz um problema por natureza complexo e dinâmico a um fenômeno estático e de causalidade única.” (SOARES, 2012).

Deste modo, adotamos o termo “mulher em situação de violência” para não reproduzirmos a condição de vítima e opressões aos quais se associam. De toda forma, como dialogamos com políticas, instituições e legislações que utilizam-se de diferenciadas terminologias, registraremos sempre os termos utilizados pelas mesmas. Entre esses, destacamos que o termo “vitimização” será aplicado apenas quando parte da linguagem técnica do campo em diálogo.

Na presente pesquisa, pretendemos observar não apenas a violência conjugal, mas em conjunto todas as formas de violência de possível levantamento pelo banco de dados do SINAN, a violência doméstica, a violência sexual extrafamiliar, a tortura, o tráfico humano, a negligência, a violência infantil, a patrimonial, e por análise dos serviços de saúde e políticas, a violência institucional.

Violência doméstica é aquela que ocorre dentro do território da casa, entre pessoas que podem ser parentes ou não, porém que compartilham das mesmas regras simbólicas e trocas,

nesse mesmo ambiente (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). A violência familiar é definida por vários trabalhos, por outro lado, como aquele que ocorre entre pessoas com laços consanguíneos, não limitada aos espaço doméstico (OLIVEIRA; SOUSA, 2006). Contudo, em muitos trabalhos são consideradas como sinônimos, como faremos, pela pouca significativa diferença.

## 5.2 O Modelo Ecológico de Análise dos Fatores de Risco e Proteção

A OMS apresenta um modelo teórico para compreender os fatores de risco, de proteção e as circunstâncias nas quais ocorrem as violências conjugal e sexual. Os fatores de risco são aqueles que aumentam a possibilidade da vítima sofrer ou do agressor praticar violência, por isso, assim como os fatores de proteção, são considerados essenciais para a formulação de diagnóstico e de políticas de enfrentamento (OMS; LSHTM, 2010). Para dar conta da multiplicidade de domínios de influência desses fatores, utiliza-se do Modelo Ecológico, que organiza os fatores de risco a partir de quatro níveis de influência: individual, relacional, comunitário e societal (2010), como apresentado abaixo:

***“Individual:** includes biological and personal history factors that may increase the likelihood that an individual will become a victim or perpetrator of violence.*

***Relationship:** includes factors that increase risk as a result of relationships with peers, intimate partners and family members. These are a person’s closest social circle and can shape their behaviour and range of experiences.*

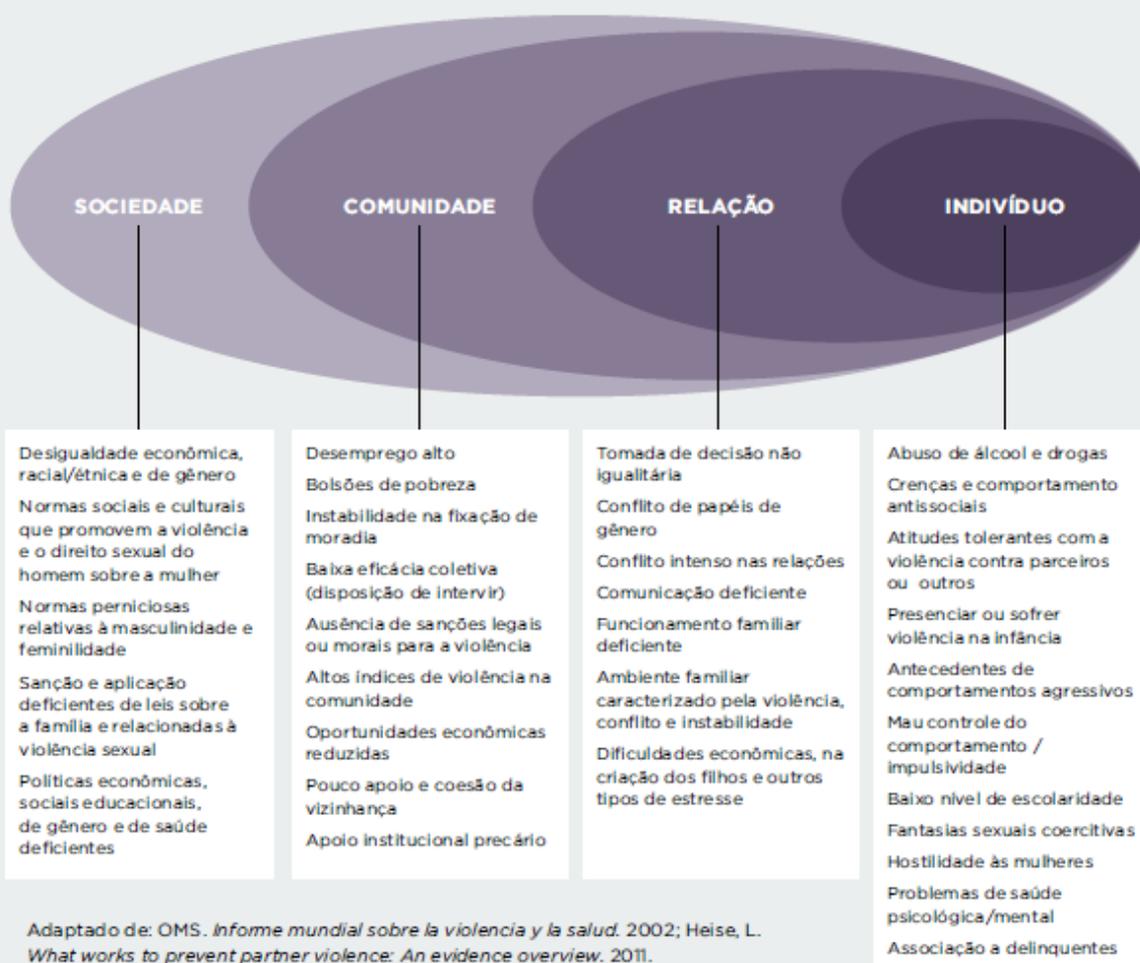
***Community:** refers to the community contexts in which social relationships are embedded – such as schools, workplaces and neighbourhoods – and seeks to identify the characteristics of these settings that are associated with people becoming victims or perpetrators of intimate partner and sexual violence.*

***Societal:** includes the larger, macro-level factors that influence sexual and intimate partner violence such as gender inequality, religious or cultural belief systems, societal norms and economic or social policies that create or sustain gaps and tensions between groups of people.”(OMS; LSHTM, 2010. Pág. 19)*

Para refletirmos sobre os dados quantitativos que serão levantados nessa pesquisa, buscaremos relacionar o modelo de fatores de risco que a OMS apresenta, com as variáveis relacionadas à recorrências de vitimização, e com a literatura e investigações consideradas nesse trabalho.

**Figura 4: Fatores de Risco Associados à Violência contra a Mulher**  
(OMS, 2011. P. 23)

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



## 6 - DADOS E METODOLOGIA

### 6.1 A Base de Dados

A ficha<sup>25</sup> do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) contém setenta e uma perguntas. Há perguntas abertas para identificação do nome do paciente, de sua mãe, dados de residência e para campos opcionais (“outros”), destinados a informações não categorizadas; as demais perguntas são fechadas, com respostas pré-definidas.

A consolidação do banco de dados do SINAN, feita pela SES/RJ iniciou em 2007. Recebemos o banco com dados a partir deste ano até o fim de 2015. Contudo, há apenas 10 casos notificados em 2007, e 222 casos em 2008. Ademais da notificação incipiente nesses anos, foi a partir de 2009 que a notificação de violência se tornou compulsória e centralizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, conforme legislação que apresentamos anteriormente. O banco de 2015 ainda não havia recebido todas as notificações dos municípios, por isso apresentava total menor que 2014. Adicionalmente, houve mudanças na ficha do SINAN, no fim de 2014, de forma que optamos por manter as categorizações anteriores, por conterem a maior parte do histórico. Assim, descartamos os anos de 2007, 2008 e 2015.

Iremos apresentar as variáveis destacadas para este estudo na próxima seção, e, na subsequente, informar os métodos adotados para selecioná-las e analisá-las.

#### 6.1.1 Descrição das Variáveis

Para alcançarmos nosso duplo objetivo, primeiro de **análise do perfil das meninas e mulheres vítimas de violências, das características dos agressores e das formas de violências** e, segundo, de análise dos **fatores de risco que possam contribuir para a recorrência de violência**, no banco de dados do SINAN; investigamos e selecionamos quais variáveis nos serviriam nessa tarefa.

As variáveis que utilizamos, presentes na base do SINAN, são as que seguem (entre parêntesis, numeração do campo na ficha):

##### **A. Dos Dados Gerais:**

A.a. Data da Ocorrência da Violência (7).

##### **B. Notificação Individual:**

B.b. Data de nascimento (9).

B.c. Sexo (11).

B.d. Raça/cor (13).

---

<sup>25</sup> Anexo 1.

B.e. Escolaridade (14).

**C. Dados de Residência:**

C.b. Zona (29).

**D. Dados da Pessoa Atendida:**

D.a. Situação conjugal / Estado civil (32).

D.b. Relações sexuais (33).

D.c. Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? (33).

**E. Dados da Ocorrência:**

E.a. Município de ocorrência (37).

E.c. Local de ocorrência (48).

E.f. Ocorreu outras vezes? (49).

**F. Tipos da Violência:**

F.a. Tipo de violência (51).

**G. Violência Sexual**

G.a. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? (53).

G.b. Se ocorreu penetração, qual o tipo? (54).

G.c. Procedimento realizado (55).

**I. Dados do provável Autor da Agressão:**

I.a. Número de envolvidos (59).

I.b. Vínculo/ grau de parentesco com a pessoa atendida (60).

I.c. Sexo do provável autor da agressão (61).

I.d. Suspeita de uso de álcool (62).

**J. Evolução e Encaminhamento:**

J.a. Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores (64).

### **6.1.2 Codificação das Variáveis**

Codificamos as variáveis independentes de forma que a categoria de referência seja sempre a primeira de cada série, sendo essa a categoria de menor risco, de acordo com a literatura. Para a variável dependente, examinamos a repetição das violências, através da questão 49 da ficha do SINAN, “ocorreu outras vezes?”. Ficaram como segue:

**Escolaridade:**

0 – de ensino superior incompleto até ensino superior completo

1 – de ensino médio incompleto até ensino médio completo

2 – de 5ª incompleta até 8ª série completa

3–de sem instrução até 4ª série completa

**Raça:**

0 - Brancas

1 - Negras

**Faixa Etária:**

0 – 0 a 17 anos

1 – 18 a 39 anos

2 – 40 a 59 anos

3– 60 anos ou mais

**Situação Conjugal<sup>26</sup>:**

0 –Solteira/ viúva

1 – Separada

2 – Casada/ união consensual

**Relação com agressor<sup>27</sup>:**

0 - Desconhecido

1 – Cônjuge/ ex-cônjuge/ namorado/ ex

2 – Parente

3 - Conhecido

**Zona de moradia:**

0 – Rural e periurbana

1 - Urbana

**Uso de álcool pelo agressor:**

0 – Não

1 – Sim

**Local de ocorrência<sup>28</sup>:**

---

<sup>26</sup> A frequência de viúvas estava muito abaixo das demais, por isso optamos por juntá-las às mulheres solteiras, considerando que, igualmente às solteiras, não estariam sobre possível tensão ou proteção de uma relação conjugal decorrente ou finalizada. Devemos considerar ainda que é questionável a qualidade das respostas sobre a situação conjugal, pela subjetividade da interpretação do que significa estar em uma relação conjugal. Contudo, estamos de acordo com as pesquisas que apontam a importância de conhecermos o quanto o status conjugal pode se associar a um fator de risco para violências e/ou de diferenciada predisposição para a notificação e tratamento da agressão (THOENNES, 2006. OMS, 2010).

<sup>27</sup> Seguindo demais pesquisas de fatores de risco, reunimos atuais e ex-parceiros conjugais na mesma categoria (THOENNES, 2006 e CERQUEIRA & COELHO, 2014). Para a modelagem da probabilidade de estupros repetidos, colocamos parentes como a categoria de referência, pois é a de menor frequência no banco de dados com recorte de apenas casos de estupros.

<sup>28</sup> Igualmente ao verificado com as faixas etárias, testamos a redução de faixas para o local de ocorrência e isso melhorou a significância dessa variável e de suas faixas. Juntamos local de ensino com prática de esportes, por

0 – Local de ensino ou esportes

1 – Local de moradia

2 – Local público

3 – Local de trabalho

**Recorrência:**

0 – Não

1 – Sim

## 6.2 Metodologia

“A constituição de uma situação como “problema social” interessa aos poderes públicos por dois motivos: a essa definição estão associadas “soluções” que o Estado poderá aplicar através de medidas apropriadas; ou tal situação é suscetível de ser apreendida e avaliada com uma aparente exatidão, dando assim a impressão de que os poderes públicos têm condições de controlá-la, o que acaba por reforçar a representação de um Estado onisciente e, portanto, onipotente. O objetivo é tomar a medida dos “fatos” e colocá-los em relação aos meios de que dispõe ou deveria dispor um Estado racional. Não se trata de explicar um fato social enquanto tal, mas de apreender os aspectos em que o Estado poderá intervir.” (LENOIR ET AL, 1998, pág. 103)

No citado texto, Lenoir reflete sobre a construção do “objeto sociológico” e o desafio do sociólogo de estar diante de representações pré-estabelecidas que o induzem a determinadas maneiras de definir e perceber seu objeto. O autor diferencia o “objeto sociológico” do “problema social”, discorrendo sobre a construção de categoriais supostamente naturais, como “idade” e a diferenciação dos indivíduos por suas faixas, ou a “família” como unidade de referência social e de políticas públicas. Defende que o pesquisador precisaria diferenciar as categoriais construídas, da série de questões que ficam encobertas por tais categoriais. Questões estas emergidas do conjunto de lutas travadas pelos agentes que constroem a realidade (Ibidem, 1998).

Para praticarmos esse exercício sociológico, percorremos o histórico da construção das categoriais de violência contra mulheres, suas subclassificações e variações a nível internacional, regional e nacional e confrontamos tais definições com as projeções dos movimentos sociais e governos, além de compará-las com as políticas proclamadas e as aplicadas.

---

considerarmos que são espaços de reunião coletiva, muitas vezes frequentados por crianças e adolescentes sob a supervisão de professores e técnicos responsáveis. Juntamos as duas formas de moradia: residência e habitação coletiva. Reunimos na mesma faixa bar ou similar e via pública, por consideramos todos esses espaços públicos, assim como juntamos comércio ou serviços a indústria ou construção, por serem espaços de trabalho ou com presença frequente de trabalhadores em atividade.

Reconhecemos que o próprio objeto desse trabalho é uma construção de lutas sociais de movimentos de mulheres e feministas, que conseguiram afirmar seu “problema social” há poucas décadas, mas que ainda encontram significativas barreiras culturais, sociais, políticas e institucionais para o alcance de um objetivo progressivo e positivo, do qual compactuamos: a cessão da violência contra a mulher através do alcance de condições e relações de gênero igualitárias.

Adicionalmente, verificamos que no contexto brasileiro, a reflexão, mensuração e análise de políticas e dados, a partir de categoriais técnicas elaboradas pelo próprio Estado, representam um esforço de compreensão da realidade e de diálogo entre governo e sociedade, com possibilidade de exercício do controle social, praticado no âmbito de um fundamental ator para esse exercício democrático: a academia.

Inicialmente, fizemos levantamento bibliográfico de documentos e publicações nos sites das instituições relacionadas nessa pesquisa; e de artigos científicos publicados em periódicos de ciências sociais e saúde pública, disponíveis livremente nas bases de dados Scielo ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)), Periódicos Capes (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) Portal Regional da BVS (<http://bvsalud.org/>), Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) (descriptor: “Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher” and “fatores de risco não biológicos”) e ISI (<http://isindexing.com/isi/journals.php>); e os portais Teses e Dissertações em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz ([www.teses.cict.fiocruz.br](http://www.teses.cict.fiocruz.br)) e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Uerj ([www.bdt.d.uerj.br](http://www.bdt.d.uerj.br)), da UFRJ (<http://minerva.ufrj.br/>) do PPGSA/IFCS/UFRJ (<http://www.ppgsa.ifcs.ufrj.br>), do PPGSS/UFRJ (<https://sites.google.com/site/secretariappgss/banco-de-teses-e-dissertacoes-do-ppgss>), e da USP (<http://www.teses.usp.br/>).

Nossas Técnicas de Coleta de Dados foram:

- 1) levantamento do banco de dados do SINAN de 2007 a 2015;
- 2) coleta de documentos oficiais da Comissão Estadual de Direitos das Mulheres (CEDIM), da SES-RJ, da SEASDH-RJ, da REDE, da SUDIM, da SPM nacional e municipal do Rio, através de seus *sites*, e da participação em eventos e colegiados.

Para conduzirmos esta pesquisa, utilizamos técnica quantitativa para a análise dos dados, gerados pelo banco de informação de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, o SINAN, organizado e concedido pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). O período analisado foi de 2009 a 2014.

Realizamos análise descritiva dos dados, para alcançarmos nosso primeiro objetivo de traçar perfis das mulheres e meninas agredidas, descrever seus possíveis agressores, as violências ocorridas e os encaminhamentos intersetoriais tomados pelas unidades de saúde notificantes. Para cumprirmos nosso segundo objetivo, de analisar os fatores de risco associados à probabilidade da vítima sofrer recorrência de qualquer violência, empregamos a técnica estatística de regressão logística binária.

### **6.2.1 Métodos Estatísticos Adotados**

Dividimos o estudo do banco de dados de violência contra mulheres no Rio em duas partes, a análise exploratória dos dados, e a investigação dos fatores de risco associados à recorrência de violências contra mulheres e meninas. Usamos os métodos da estatística descritiva, inferencial e modelagem para regressão logística, para analisarmos os dados.

Primeiramente, fizemos a análise exploratória dos dados. Esta análise preliminar contém as seguintes etapas: preparação do banco, realização de tabelas e gráficos que permitam visualizar, organizar e descrever os dados, perceber valores atípicos (*outliers*), dados ausentes, e avaliar elementos como a variação desses valores e sua distribuição (RIBEIRO, 2008). A análise exploratória permite-nos, ainda, formular algumas suposições básicas e, na sequência, verificarmos a linearidade e relações entre a variável dependente, que se pretende explicar, e as variáveis independentes utilizadas para essa tarefa, possibilitando antecipar problemas e apontar o modelo a ser adotado. Assim, o objetivo desta primeira análise é descrever as variáveis da nossa base de dados, de forma uni ou bivariada.

Posteriormente, fizemos a análise dos fatores de risco de recorrências das diferentes formas e tipos de violências. Assim, estivemos interessados em saber que característica, ou variável, influencia a probabilidade da recorrência dessas violências ocorrerem. O método que adotamos é o modelo logístico, amplamente seguido em estudos epidemiológicos, utilizado quando as variáveis resposta são categóricas. Os modelos logísticos, servem para “investigar os padrões da associação entre um conjunto de variáveis resposta categóricas. Eles consideram padrões possíveis de independência condicional e usam as razões de chances para descrever a associação” (AGRESTI; FINLAY, 2012. Pág., 562).

## 6.2.2 Notas Metodológicas sobre as Variáveis

Houve muita perda de informação no banco, ou seja, muitas perguntas (variáveis) da ficha de notificação não foram preenchidas, ou a resposta foi dada como ignorada. Dessa forma, buscamos observar alterações e diferenças percentuais diante desses *missings*. No modelo de regressão logística, ao elegermos como variável dependente a “recorrência”, todas as fichas com *missings* para esta questão são automaticamente descartadas. Assim, a comparação entre os percentuais de distribuição do banco, ano a ano, com ou sem os *missings* de recorrência, possibilita-nos verificar que esses se mantêm similares, como na tabela 1.

**Tabela 1: Frequência e Percentual das Notificações de Vítimas Femininas por Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, no banco de dados geral e no modelo de regressão sobre recorrências, por ano**

Ano	Notificações de Vítimas Femininas			Notificações de Vítimas Femininas no Modelo de Regressão		
	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
2009	1374	2,8%	2,8%	436	1,7%	1,7%
2010	4357	8,8%	11,5%	1926	7,3%	9,0%
2011	6779	13,7%	25,2%	3642	13,9%	22,9%
2012	9698	19,5%	44,7%	5160	19,7%	42,6%
2013	11842	23,9%	68,6%	6274	23,9%	66,5%
2014	15601	31,4%	100%	8786	33,5%	100%
Total	49651	100%	100%	26224	100%	100%

Na tabela abaixo demonstramos todos os percentuais de *missings*, tanto no banco geral de dados do SINAN, quanto no modelo de regressão que produzimos. A variável dependente teve muitas fichas não preenchidas para a sua questão, 47,1% de *missings* para “recorrência”. A variável com maior perda de informação é a de “orientação sexual”, com 74,3% de *missings*, como aparece na tabela 2. Apesar de no começo da série haver progressiva redução dos percentuais de *missings*, iniciando em 2009 com 64,1 % e chegando, em 2012, a 47.7%, em 2013 há praticamente a perda total de informação, com 99,5% de perda. O ano de 2014 recupera pouco, e esse baixíssimo preenchimento causa-nos estranhamento, pois foi justamente em 2012 que o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>29</sup> (LGBT). No Rio de Janeiro, a SES/RJ criou comitê

<sup>29</sup>A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite

e eventos para dar visibilidade e debate sobre as especificidades da população LGBT, a partir de meados de 2012. Todavia, a falta de impacto dessas iniciativas, nos dados do SINAN, pode sinalizar ineficiência e/ou retração na interlocução entre os setores de atendimento a vítimas de violência e aqueles que promovem ações relacionadas aos LGBT.

No modelo de regressão, as fichas dos *missings* de recorrência são automaticamente descartadas, o que reduziu os percentuais de perdas de informação em todas as variáveis selecionadas, como podemos ver na última coluna da tabela 2. Entretanto, a perda de informação continua alta. Assim, ressaltamos que a informação perdida por tais *missings* pode causar enviesamento nos resultados, analisados na subsequência. Risco de enviesamento no sentido que, precisamos pressupor que, as respostas não obtidas seguiriam os mesmos percentuais de distribuição das respostas preenchidas.

Ressaltamos, em vista disso, que nossa análise é apenas exploratória e indicativa de resultados que devem ser tomados com cautela.

Alguns outros percentuais de *missings* merecem nosso destaque. O relacionamento com o agressor teve em torno de 45% de missings, embora tenha caído para cerca de 30% do total, no modelo de regressão. Apenas a “faixa etária” teve 100% das fichas preenchidas.

Dentre os tipos de violência, a violência física foi a notificação que sofreu a menor perda de informação entre as demais, com 22% de *missings*.

**Tabela 2: Percentual de *Missings* das Variáveis, no Banco Geral e no Modelo de Regressão, de 2009 a 2014**

Variável	Percentual de <i>Missings</i> no Banco Geral de Dados	Percentual de <i>Missings</i> no Modelo de Regressão <sup>30</sup>
Relação com agressor	45%	30%
Local de ocorrência	28,1%	6,2%
Faixa etária	0%	0%
Escolaridade	53,4%	45,5%
Situação Conjugal	29%	10,4%
Encaminhamento Intersetorial	45%	35%
Orientação Sexual	74,3%	66,2%
Uso de álcool pelo autor	56,1%	32,9%
Recorrência	<b>47,1%</b>	<b>0%</b>
Zona de moradia	12,4%	*

(CIT), conforme Resolução n° 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT.

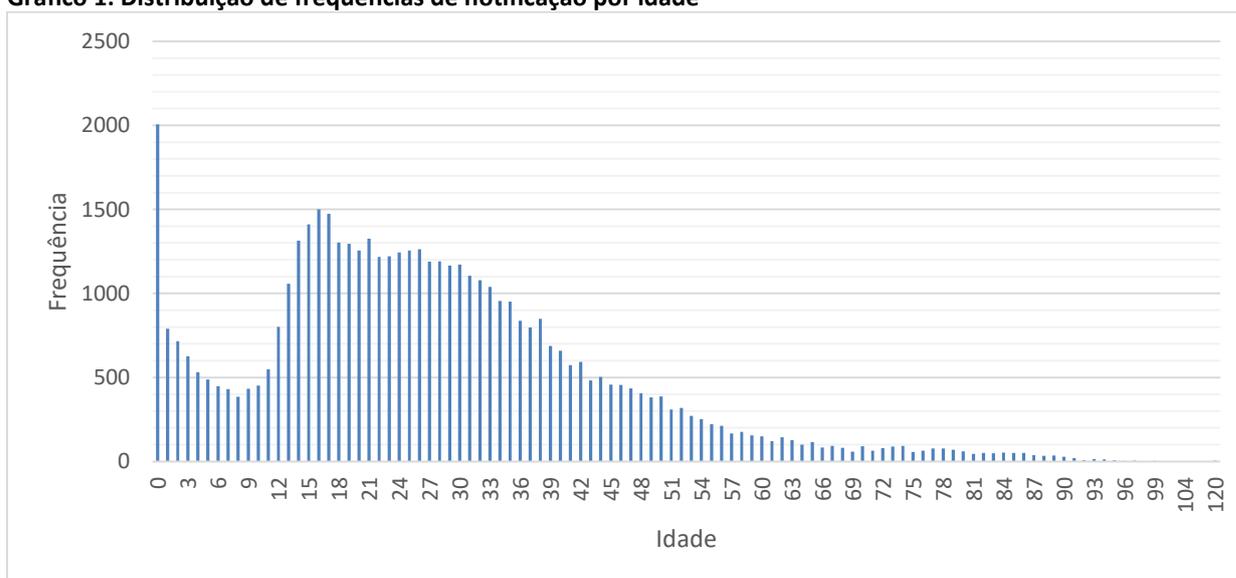
<sup>30</sup> As variáveis sem percentuais são as que não entraram no modelo de regressão.

<b>Raça</b>	27,6%	*
<b>Violência física</b>	22,0%	*
<b>Violência psicológica</b>	34,4%	*
<b>Violência sexual</b>	40,0%	*
<b>Violência por negligência</b>	35,0%	*
<b>Violência por tortura</b>	40,1%	*
<b>Violência outros<sup>31</sup></b>	39,9%	*
<b>Violência financeira</b>	37,5%	*
<b>Violência contra infância</b>	39,5%	*
<b>Violência legal</b>	40,2%	*
<b>Violência por tráfico humano</b>	39,5%	*

\* Não entraram no Modelo de Regressão.

No que se refere ao perfil etário de nosso banco, a maior frequência está para as vítimas de zero ano. A notificação de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória, de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e essa informação está em destaque no primeiro campo da ficha do SINAN. Pode ser que haja maior preparo técnico para o cumprimento do ECA, do que para outras compulsoriedades de notificação, como dos ‘casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003)’, igualmente descritos no cabeçalho da ficha do SINAN<sup>32</sup>.

**Gráfico 1: Distribuição de frequências de notificação por idade**



<sup>31</sup> Pergunta aberta.

<sup>32</sup> Ver anexo A.

Testamos diferentes formas de classificar as faixas etárias: a utilizada pela SESEG/RJ no Dossiê Mulher, para os crimes de estupro (ISP, 2013; 2014; 2015); a do Censo 2010 e DataSUS; e a de 5 em 5 anos. Baseados nas variações do gráfico acima, de ano em ano, e na representatividade das fases etárias que podem estar associadas à violência contra meninas e mulheres, decidimos pela classificação nos seguintes grupos: infância, de 0 a 9 anos; adolescência, de 10 a 17 anos; jovem adulta, de 18 a 39 anos; adulta, de 40 a 59 anos; idosa, de 60 anos e mais.

Outro quesito questionável é a variável raça/cor. Deveria ser de autoclassificação, contudo, não temos como nos certificar que foram as próprias usuárias que declaram sua raça, pois não há treinamento padronizado para os funcionários do SUS sobre essa questão. Desta forma, consideramos que pode haver distorções tanto na classificação, quanto devido ao alto percentual de ignorados e não preenchidos, 27,6% de *missings*.

Com relação à zona de moradia, a ficha do SINAN oferece três alternativas: urbana, rural e periurbana. Conquanto, como não temos contagem populacional para a zona periurbana, juntamos essa à população rural.

Por último, registramos que cada ficha de notificação pode receber respostas múltiplas para os tipos de violências e tipos de violência sexual. Desse modo, não tivemos como nos certificar sobre qual violência era recorrente, quando a usuária relatava ter sofrido mais de uma violência.

### **6.2.3 Metodologia para a construção do modelo**

O SINAN permite-nos verificar recorrência de violências através da pergunta 49, “ocorreu outras vezes?”, da ficha de notificação. Utilizamos essa questão como nossa variável dependente, para detectarmos fatores de risco de recorrência para todas as violências, através de modelo de regressão logística. Nosso primeiro objetivo era verificarmos também a probabilidade de recorrência de estupro, não obstante, ao selecionarmos apenas as fichas que haviam notificado somente a violência de estupro, e nenhuma outra, restaram menos da metade dos casos e o modelo, por decorrência, obteve apenas duas variáveis como significativas. Portanto, preferimos verificar a recorrência de todas as violências em conjunto, e decidimos por não registrar a verificação isolada dos casos de estupro.

Os passos que tomamos para a modelagem em regressão, foram os que seguem: 1) seleção das variáveis independentes, 2) codificação destas variáveis; 3) análise bivariada entre

variáveis independentes e desfecho (variável dependente); 4) seleção das variáveis a serem incluídas no modelo de regressão logística; 5) execução do modelo, através da técnica (*enter*) de inclusão de todas as variáveis independentes relevantes, por razões teóricas. O primeiro e quinto passo, de apresentação da seleção das variáveis e de execução do modelo, serão apresentados adiante, na seção de análise do modelo.

A análise bivariada entre variáveis independentes e desfecho serviu-nos para verificar a significância da possível relação entre as variáveis independentes e o desfecho. Realizamos o cruzamento de tabelas bivariadas com a variável dependente “resposta recorrência” e as variáveis independentes, selecionadas por questões teóricas, para verificarmos quais apresentam relevância na associação com a variável dependente. Aquelas que obtiveram p-valor menor que 0,050 foram consideradas significativas para incluirmos na testagem do modelo. A análise bivariada, conforme tabela abaixo, permitiu-nos selecionar as seguintes variáveis: relação com o agressor, local de ocorrência, faixa etária, escolaridade e situação conjugal. As variáveis raça, orientação sexual, uso e zona de moradia apresentaram p-valor maior que 0,050, conforme tabela 3, não atestando significância, por isso foram retiradas da testagem do modelo.

**Tabela 3: Análise Bivariada com o Desfecho Violência Recorrente**

Variável Explicativa	P-Valor (Pearson Chi-Square)
Relação com agressor	0,000
Local de ocorrência	0,000
Faixa etária	0,000
Escolaridade	0,000
Situação Conjugal	0,003
Uso de álcool pelo autor	0,000
Raça	0,092
Orientação Sexual	0,514
Zona de moradia	0,888

Realizamos o modelo de regressão logística introduzindo as variáveis independentes selecionadas pelo p-valor do teste do Qui-quadrado, todas juntas, de acordo com a relevância teórica e significância nessas análises bivariadas.

Após testarmos variáveis independentes e diferentes composições de faixas dessas, calculamos a *Deviance* (ou razão de verossimilhança) parcial para comparar modelos. Com a *Deviance* parcial calculamos a diferença entre o logaritmo da verossimilhança de um modelo com o logaritmo da verossimilhança de outro modelo, e utilizamos a regra de decisão de aproximação pelo Qui-Quadrado, para escolhermos o modelo abaixo.

A variável idade apresentou melhor resultado com 4 faixas, ao invés de 5, quando reunimos na primeira faixa todas menores de 18 anos. Por fim, a variável escolaridade não alcançou significância no modelo, por isso foi excluída.

## 7 – ANÁLISE DOS DADOS

### 7.1 Análise Exploratória de Dados

A cada 30 minutos, uma pessoa do sexo feminino registrou ter sofrido violência, no estado do Rio, em 2014. Mulheres e meninas são vítimas preferenciais das violências doméstica/intrafamiliar, sexual e outras violências notificadas pelo SINAN, no ERJ, são 66% do total de usuários nesses serviços de saúde. Foram 49.651 notificações de violências contra meninas e mulheres, de 2009 a 2014, como mostra a tabela 4. Não é desprezível que 1/3 das notificações sejam de meninos e homens vítimas de tais violências, e que seja necessária a comparação entre sexos, para que não continuem naturalizadas as dicotomias homem-agressor-violência pública, mulher-vítima-violência privada (SOARES, 2012). Porém, como existe um extenso universo de privações de direitos e de acessos relacionados à desigualdade de gênero, que causam intenso sofrimento, assim como há poderes instituídos contra o sexo feminino, e por necessidade de delimitação do nosso objeto, não iremos tratar dos casos masculinos.

**Tabela 4: Frequência e Percentual das Notificações por Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, por sexo, de 2009 a 2014**

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Feminino</b>	49.651	66%
<b>Ignorado</b>	110	0%
<b>Masculino</b>	25653	34%
<b>Total</b>	75.414	100%

Ano a ano aumentam significativamente as notificações, este crescimento ocorreu de forma bem mais acentuada daqueles que verificamos na Segurança Pública. Nos registros de ocorrência policial fluminense contra vítimas femininas houve redução em 2014 de 1,2% dos crimes de lesão corporal dolosa e de 4%, dos crimes de estupro, com relação ao ano anterior. Por outro lado, no SINAN o aumento da notificação anual foi de 32%, somente em 2014. Tal contraste entre o volume dos dados da Segurança Pública e da Saúde, leva-nos a deduzir que houve aumento das notificações no sistema do SINAN/RJ, independente do possível aumento ou diminuição da incidência de violências no estado.

Como mencionamos, o SINAN possui diversos campos com informações sobre o perfil das usuárias atendidas, as violências sofridas e desdobramentos. Nos próximos tópicos apresentaremos uma análise descritiva destas variáveis, separadas em quatro seções: perfil das

usuárias, sobre os possíveis agressores, sobre as violências sofridas e encaminhamentos intersetoriais.

### 7.1.1. Perfil das Usuárias

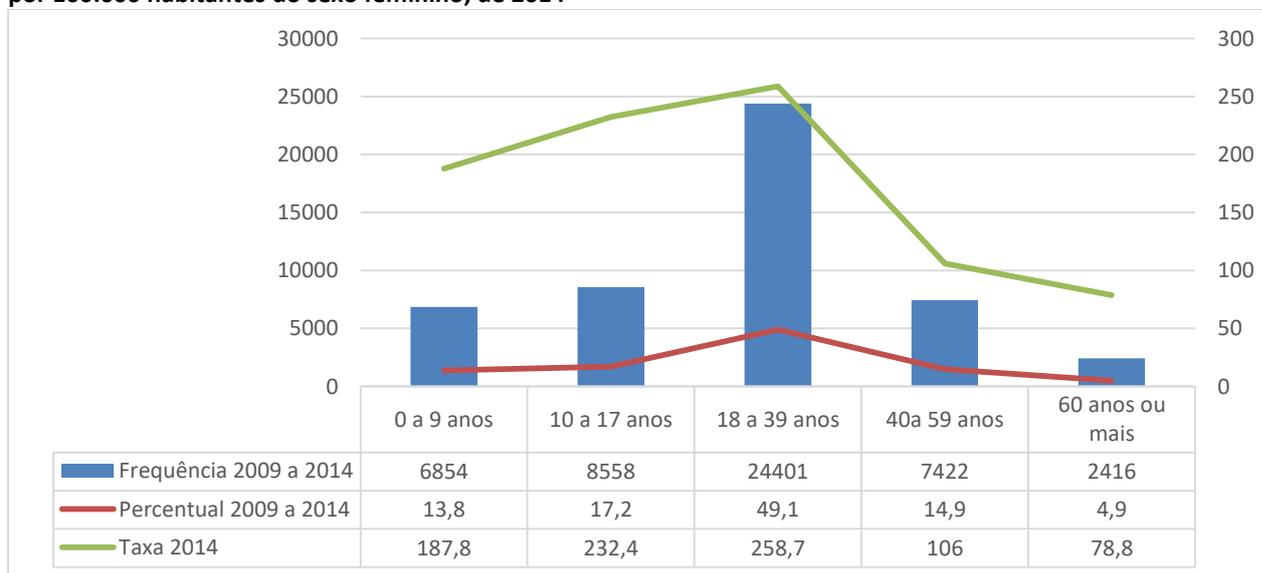
No perfil das usuárias apresentamos as variáveis: idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, zona de residência rural/urbana/periurbana, orientação sexual e deficiência física/mental.

#### I) Idade

Mulheres jovens, de 18 a 39 anos, foram as que mais buscaram serviços de saúde devido a violências. Em 2014, esse grupo etário representou uma taxa de 258,7 por 100.000 habitantes mulheres<sup>33</sup>, como mostra o gráfico 2. Isso vem ao encontro com a literatura que apresenta as mulheres jovens como o grupo que sofre mais violências (VENTURI, RECAMÁN, OLIVEIRA, 2004; OMS, 2010; FBSP, 2013-5). De acordo com o Dossiê Mulher, com dados da SESEG/RJ<sup>34</sup>, 73,6% das vítimas femininas de lesão corporal dolosa, em 2014, tinha entre 18 e 44 anos (ISP, 2015).

O segundo maior grupo é o de meninas entre 10 a 17 anos, com taxa de 232,4, enquanto idosas têm a menor frequência e taxa, com 78,8/100.000.

**Gráfico 2: Frequências e Percentuais de Notificação de Violências por Faixas Etárias, de 2009 a 2014, e Taxa por 100.000 habitantes do sexo feminino, de 2014**



#### II) Escolaridade:

<sup>33</sup> A PNAD de 2014 não oferece a estimativa de faixa etária detalhada. Assim, fizemos a estimativa das faixas etárias de 2014, a partir dos fatores de crescimento das populações das PNADs de 2013 e 2014, tomando como referência a PNAD de 2012.

<sup>34</sup> Secretaria Estadual de Segurança Pública do Rio de Janeiro

A escolaridade das vítimas está concentrada da 5ª série do Ensino Fundamental ao Ensino Médio, são 53,7% do total das notificações válidas. Aquelas com mais baixo grau de instrução são 15,2% dos casos válidos, e as com ensino superior iniciado ou completo são o menor grupo.

**Tabela 5: Frequências e Percentuais das Violências por Escolaridade, de 2009 a 2014**

Escolaridade	Geral		
	Frequência	Percentual	Percentual Válido
<b>Superior</b>	1288	2,6%	5,6%
<b>Ensino Médio</b>	6139	12,4%	26,6%
<b>5a a 8a série</b>	6271	12,6%	27,1%
<b>Até 4a série</b>	3519	7,1%	15,2%
<b>Não se aplica<sup>35</sup></b>	5606	11,3%	24,2%
<b>Total Válidos</b>	23120	46,6%	100%
<b>Missing</b>	26531	53,4%	-
<b>Total</b>	49651	100%	-

Utilizando a classificação do Censo 2010, que informa a escolaridade a partir dos 15 anos, como no gráfico 3, vimos que a maior concentração aparece entre o grupo sem instrução até 8a série incompleta, com taxa de 80,4/100.000, em 2014<sup>36</sup>. A taxa daquelas com nível superior é 4,4 vezes menor do que a taxa das mulheres e meninas que cursaram no máximo até a 4ª série.

Esse quadro informa-nos que a violência está presente entre todos os níveis escolares, entretanto, quanto menor a instrução, maiores são as taxas de violência, possivelmente porque paralelamente diminuem os recursos econômicos e o acesso à informação e serviços que poderiam protegê-las. Por outro lado, há estudos que apontam maior probabilidade de violência sexual entre as mulheres com maior instrução (FLAKE, 2005, apud, OMS, 2010). Esse pode

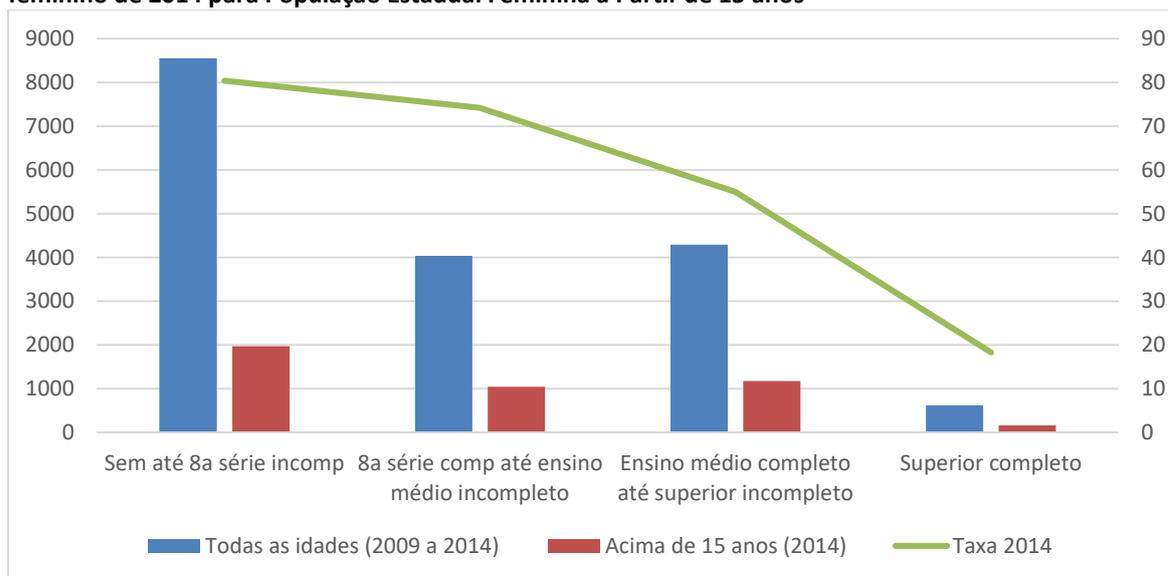
---

<sup>35</sup>Segundo o Instrutivo do Ministério da Saúde, “Não se aplica” deve ser marcado quando a usuária tiver idade inferior a seis anos ou “comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave.” (MS, 2015. Pág. 26).

<sup>36</sup> Fizemos estimativa da população feminina de 2014, por faixa escolar, a partir do Censo de 2010 e do percentual estimado para o crescimento de toda a população feminina até 2014, de 3,2%.

ser um fenômeno ainda encoberto, visto que ¼ da população brasileira utiliza planos privados (IBGE, 2013) e estes não notificam atendimentos a vítimas de violência no SINAN. Como a cobertura dos serviços de saúde privados cresce conforme a renda (Ibidem, 2013), e por associação a escolaridade, não temos bancos de registros sobre esse universo das mulheres com maior grau de instrução, indicando necessidade de maiores investigações.

**Gráfico 3: Frequências das Violências, por Escolaridade, de 2009 a 2014, e Taxa/100.000 habitantes do sexo feminino de 2014 para População Estadual Feminina a Partir de 15 anos**



### III) Raça/Cor

Branças aparecem como a maior população, com 28% do total de notificações, seguidas pelas pardas, com 30,1%, e pretas com 13,5%, como na tabela 6. Amarelas e indígenas totalizam 400 casos, menos de 1% do total.

**Tabela 6: Frequências e Percentuais das Violências Notificadas por Raça, Com e Sem Missings, de 2009 a 2014**

Raça	Geral		
	Total	Percentual	Percentual Preenchido
Branças	13878	28,0%	38,6%
Pretas	6724	13,5%	18,7%
Pardas	14965	30,1%	41,6%
Amarelas	287	0,6%	0,8%
Indígenas	113	0,2%	0,3%
<b>Total de casos válidos</b>	<b>35967</b>	<b>73,4%</b>	<b>100,0%</b>

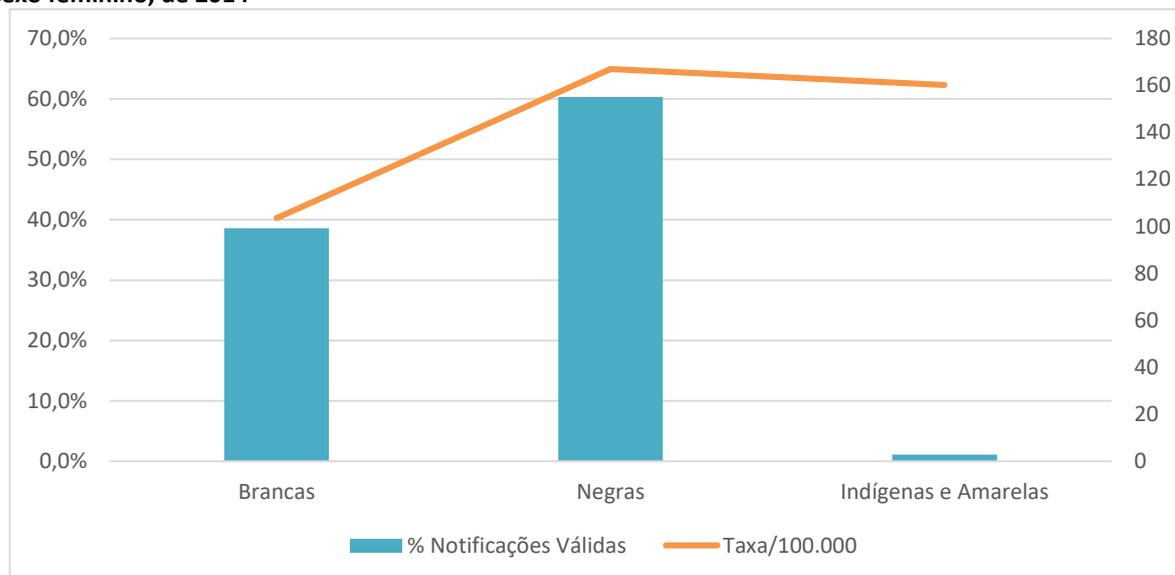
<b>Missings</b>	13684	27,6%	-
<b>Total do banco</b>	49651	100,0%	-

Ao considerarmos apenas as notificações válidas de brancas, negras (pretas e pardas), amarelas e indígenas, temos as negras com 60,3% do total, as brancas com 38,6%, e amarelas e indígenas com 1,1%. Se compararmos estes percentuais com as taxas por 100.000 habitantes do sexo feminino, essa ordem modifica-se, como no gráfico 4. A maior taxa é de negras, 167 para cada 100.000 mulheres negras, seguida pelas indígenas e amarelas, 160,2/100.000 mulheres indígenas e amarelas, e brancas com 103,5/100.000 mulheres brancas. Esses dados podem demonstrar uma continuidade de maiores taxas de violências contra mulheres negras, se compararmos com os dados apresentados por Werneck (2010), com dados de 2006.

Porém, precisamos relativizar essas taxas, pois a população negra é a maior usuária de todos os serviços do SUS, são 67% dos atendidos no Brasil (IPEA, 2011), percentual maior do que o de mulheres negras vítimas de violências no ERJ, de 60,3%. Ou seja, se a população negra é SUS-dependente e maior usuária, assim como a população branca (gradualmente a de maior escolaridade e renda) é menos dependente, precisaríamos dos totais de cada população atendida no estado, e de melhor preenchimento da ficha, para obtermos uma leitura mais precisa sobre o recorte racial nas notificações de violência.

O racismo é fator que acentua vulnerabilidades, tanto no acesso aos serviços e recursos de saúde, quanto na qualidade destes, visto que ocorre também racismo institucional, praticado no atendimento aos usuários do SUS. A pesquisa nacional do Ipea revelou que mulheres negras fazem menos denúncias a instâncias policiais, do que as brancas, sobre violência conjugal (Ibdem, 2011. P. 39). Devemos questionar se as barreiras institucionais no atendimento da saúde pública pode gerar efeito similar, e maior demanda reprimida entre negras. Enfim, enfatizamos a necessidade de melhoria da qualidade dos dados, para que possamos aprofundar questões e a compreensão de como o fator racial apresenta-se como vulnerabilidade a mulheres em situação de violência.

**Gráfico 4: Percentual de Notificações Válidas por Raça/Cor, de 2009 a 2014 e Taxa/100.000 habitantes do sexo feminino, de 2014**



#### **IV) Situação Conjugal**

A descrição da situação conjugal, na atualidade brasileira, apresenta quase a mesma fluidez do que as próprias relações conjugais. Novos formatos de arranjos familiares, com ou sem registros legais, refletem-se na forma como cada indivíduo apresenta-se à instituição que cadastra o seu status conjugal. Uma mulher que more com seu companheiro e filhos, pode se apresentar na escola dos filhos como casada, porém, no momento de se tratar de uma violência doméstica, quiçá queira se apresentar de outra forma, ou que o notificante interprete de uma terceira maneira. Não coincidentemente, boa parte das pesquisas apontam altas frequências de mulheres declaradas solteiras, em situação de violência, porém convivendo maritalmente com seus agressores.

No Rio de Janeiro, 46,2% das mulheres agredidas estão descritas no SINAN como solteiras, já as casadas ou em união consensual são  $\frac{1}{4}$  do total, enquanto viúvas e separadas são os grupos de menor frequência, como na tabela abaixo. Algumas pesquisas, como a que investigou os serviços do Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), de 1998 a 2000, igualmente apontam maior registro de solteiras, porém, identificam que a maioria das atendidas estaria em relações conjugais e conflituosas, por longos períodos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2002; BLAY, 2003). A pesquisa amostral nacional, da Fundação Perseu Abramo, distintamente, comparou mulheres, acima de 15 anos, de cada status conjugal entre si. As separadas que sofreram violência têm a maior proporção, 72% dessas sofreram violências e 28% não sofreram. Diferenciaram solteiras não-írmãs, 46% havia passado por violência, das

solteiras virgens, grupo que assinalou ter passado por menos violências, 82% não haviam sofrido violência, enquanto 18% sim (VENTURI, RECAMÁN, OLIVEIRA, 2004), por provável influência da idade.

Ao verificarmos as taxas de prevalência, temos que as mulheres solteiras, a partir de 10 anos<sup>37</sup>, como grupo mais atingido, e as separadas em segundo, com taxas de 397,5 para cada 100.000 mulheres solteiras e 335,9/100.000 mulheres separadas, respectivamente, como na tabela 7. Assim como aponta a OMS, em relatório sobre violência conjugal, o fim do relacionamento apresenta-se como fator de risco para as mulheres separadas (OMS, 2010), como iremos conferir adiante.

**Tabela 7: Frequências, Percentuais e Taxa/100.000 habitantes do sexo feminino de Violências por Situação Conjugal, de 2009 a 2014**

Situação Conjugal	2009 a 2014			2014
	Frequência	Percentual	Percentual de Válidos	Taxa/100.000*
<b>Solteira</b>	16292	32,8%	46,2%	397,5
<b>Casada/união consensual</b>	8494	17,1%	24,1%	332,4
<b>Viúva</b>	805	1,6%	2,3%	169,1
<b>Separada</b>	1501	3,0%	4,3%	335,9
<b>Não se Aplica</b>	8139	16,4%	23,1%	-
<b>Missing</b>	14420	29,0%	-	-
<b>Total</b>	49651	100,0%	100,0%	-

\* Meninas e mulheres a partir de 10 anos

## V) Orientação Sexual

A orientação sexual é uma das questões mais encobertas, pois por tratar-se de um tema cercado de preconceitos e ainda velado, os órgãos de registros e pesquisas de massa, como o Censo, ainda não incorporaram ou qualificaram técnicos para levantar dados a respeito. Já discutimos na seção metodológica que o que mais chama atenção para essa variável é a quase total perda de informação nos anos de 2013 e 2014.

Do total de 6.695 notificações que responderam a alguma categoria de orientação sexual, 96,1%, foram heterossexuais, como na tabela 8. São poucas as estimativas internacionais sobre a correlação entre orientação sexual e violência contra a mulher, a Organização Pan-Americana de Saúde cita que na região das Américas há pesquisa canadense

<sup>37</sup> O Censo de 2010 apresenta a situação conjugal somente para a população acima de 10 anos.

indicando que mulheres lésbicas ou bissexuais podem ter maior risco de violência (OMS, 2015). Contudo, muito ainda temos que avançar na melhoria da qualidade desse dado e em pesquisas.

**Tabela 8: Frequência e Percentuais das Violências por Orientação Sexual, de 2009 a 2014**

Orientação Sexual	2009 a 2014			
	Frequência	Percentual	Percentual Válidos	Percentual Categorizado
Só com homens	6437	13,0%	50,5%	96,1%
Só com mulheres	201	0,4%	1,6%	3,0%
Com homens e mulheres	57	0,1%	0,4%	0,9%
Não se aplica	6055	12,2%	47,5%	-
Missing	36901	74,3%	-	-
<b>Total</b>	<b>49651</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

## VI) Deficiências e Transtornos

As diversas formas de deficiência física, mental ou transtornos podem ser fatores que aumentam a vulnerabilidade das vítimas, pois dificultam ou anulam a capacidade das vítimas de perceber, prevenir e/ou denunciar as violências que sofrem. No banco do SINAN obtivemos 2.077 notificações que identificam algum tipo de transtorno ou deficiência, mental ou física, o que representa 4,2% do total, ou 8% do total de válidos, como na tabela 9.

**Tabela 9: Frequências e Percentuais de Usuárias, por Transtorno ou Deficiência Física e Mental, de 2009 a 2014**

Algum Transtorno ou Deficiência	Frequência	Percentual	Percentual Válidos
Sim	2077	4,2%	8,0%
Não	23870	48,1%	91,7%
Não se Aplica	70	0,1%	0,3%
Missings	18789	37,8%	-
<b>Total</b>	<b>49651</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

No Rio de Janeiro, o Censo de 2010 revelou haver 3.899.885 residentes com alguma das deficiências investigadas,<sup>38</sup> o que corresponde à elevada taxa de 24.389,6 deficientes por 100.000 habitantes. Com os dados do SINAN, se considerarmos apenas o ano de 2014, temos uma taxa de 16,10 notificações de pessoas com deficiências para cada 100.000 pessoas com deficiência, ou de 7,3/100.000 habitantes. Essa discrepância entre tais taxas não é compatível

<sup>38</sup> As deficiências foram motora, visual, auditiva, mental/ intelectual. As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez.

com a citação que a OMS faz de estudos internacionais, demonstrando ser a deficiência um possível fator de risco para mulheres em situação de violência. Segundo tais pesquisas, portadores de deficiência, de ambos os sexos, têm uma probabilidade maior de sofrer violência física e sexual, do que não portadores (HUGHES ET AL, 2012 apud OMS, 2015).

A tabela 10 apresenta todas as frequências de violência para cada deficiência e transtorno notificados. A maior frequência está para as vítimas com transtorno mental, são 576, seguidas pelas com deficiência mental com 570, e pelas com transtorno comportamental, ambas correspondentes a 1% das notificações. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é uma das nocivas consequências à saúde das pessoas em situação de violência. Pode haver, adicionalmente, associação entre as recorrências das violências e os transtornos notificados, pois a literatura aponta que esses são como uma das consequências das violências sofridas (OMS, 2013). Esses são importantes temas a serem investigados.

**Tabela 10: Frequências e Percentuais das Violências por Deficiência e Transtorno, de 2009 a 2014**

Resposta	Def Física		Def Mental		Def Visual		Def Auditiva		Transt Mental		Transt Comport		Outras Def/ Síndromes	
		%		%		%		%		%		%		%
<b>Sim</b>	415	0,8	570	1,1	173	0,3	105	0,2	576	1,2	442	0,9	288	0,6
<b>Não</b>	1018	2,1	888	1,8	1130	2,3	1172	2,4	849	1,7	918	1,8	966	1,9
<b>Não se Aplica</b>	42690	86,0	42691	86,0	42691	86,0	42691	86,0	42691	86,0	42690	86,0	42692	86,0
<b>Missings</b>	5528	11,1	5502	11,1	5657	11,4	5683	11,4	5535	11,1	5601	11,3	5705	11,5
<b>Total</b>	49651	100	49651	100	49651	100	49651	100	49651	100	49651	100	49651	100

## VII) Zona de Moradia

As notificações de violências contra o sexo feminino ocorreram majoritariamente de vítimas residentes em regiões urbanas, com 96,1% do total válido de 2009 a 2014, como na tabela 11. Todavia, as 1.711 notificações de violências contra mulheres fluminenses rurais, de 2009 a 2014, equivaleram à maior taxa, de 202,9 violências para cada 100.000 residentes femininos de áreas rurais. Enquanto para populações de zonas urbanas, a taxa do mesmo período foi de 161,3/100.000 residentes do sexo feminino de áreas urbanas, 25% a menos que a taxa rural.

A taxa estadual das violências contra o sexo feminino (relativamente confiável, por haver 10% de *missings*) é de 162,5/100.000 para o ano de 2014, similar à taxa da população urbana.

**Tabela 11: Frequência e Percentual, por Zona de Moradia, de 2009 a 2014 e Taxa/100.000 habitantes do sexo feminino em 2014**

População	2009 a 2014			2014			
	Frequência	Percentual	Percentual Válidos	Frequência	Percentual	Percentual Válidos	Taxa
Rural e Periurbana	1711	3,4%	3,9%	533	3,4%	3,8%	202,9
Urbana	41779	84,1%	96,1%	13500	86,5%	96,2%	161,3
<i>Missing</i>	6161	12,4%	-	1568	10,1%	-	-
<b>Total</b>	49651	100,0%	100,0%	15601	100,0%	100,0%	162,5

### 7.1.2. Características dos Possíveis Autores de Violências

Observamos as características dos possíveis autores de violências, presentes na ficha do SINAN-Violência. São elas o sexo do autor, o tipo de relacionamento com a vítima, o número de autores envolvidos na violência e o uso ou ingestão de bebidas alcoólicas.

#### **I) Sexo**

Os homens são a maioria dos autores de violências notificadas, 23.983, conforme tabela 13, o que corresponde a 70,1% das fichas válidas, e estão presentes ainda nas 2.433 notificações que indicam haver agressores de ambos os sexos. Há percentual significativo de mulheres autoras de violência, não apenas nas prováveis violências domésticas, deduzidas pelas faixas etárias contra crianças, adolescentes e idosos; mas também nas violências contra adultas, entre 18 e 59 anos, onde estão presentes em cerca de 15,6% a 19,8% das agressões. Esse é um dado importante, que auxilia-nos a perceber que as posições de agressores-masculinos e vítimas-femininas não são fixas nas dinâmicas de violências contra as mulheres (SOARES, 2010). Fatores de risco comunitários e sociais, tais como culturas comunitárias de violências, relações de poder agressivas (OMS, 2010), e o próprio patriarcalismo entre mulheres, que propicia a hierarquização dos relacionamentos, o subjugamento e discriminação de meninas e mulheres entre si.

Mulheres são as que mais agredem meninas de 0 a 9 anos, e 65% dessas crianças têm as próprias mães como agressoras. Ao tomarmos como referência teórica o modelo ecológico, devemos considerar que a multicausalidade da violência intrafamiliar é um processo interativo complexo, que produz as circunstâncias oportunas para o surgimento da agressão se manifestar, nesse segmento etário e na violência intrafamiliar, de diversas formas (GOMES ET AL, 2002; OMS, 2015). De forma cultural, na naturalização das agressões físicas contra crianças (AZEVEDO, GUERRA, 2001). De forma hierárquica, na reprodução de modelos autoritários

de gênero e financeiros, ou no engendramento de padrões sociais, comunitários e familiares de relações violentas (CAVALCANTI, SCHENKER, 2009). Assim posto, altas percentagens de mães e mulheres agredindo crianças, indicam que o ciclo autor-receptor de violências precisa ser considerado, desde a formação dos profissionais em atendimento a vítimas de violências, até o planejamento e elaboração de serviços e políticas que lidem com as dinâmicas violentas, sejam familiares, comunitárias e sociais.

Os homens são os autores de violência preponderantes na fase adulta da mulher. Os dados do SINAN corroboram a literatura, embora sejam raras as pesquisas que categorizam em percentuais o sexo do agressor, este geralmente é revelado através da averiguação da relação com o agressor. Analisaremos essa variável no próximo tópico.

**Tabela 12: Frequência das Violências por Sexo do Autor e Faixa Etária da Vítima, de 2009 a 2014**

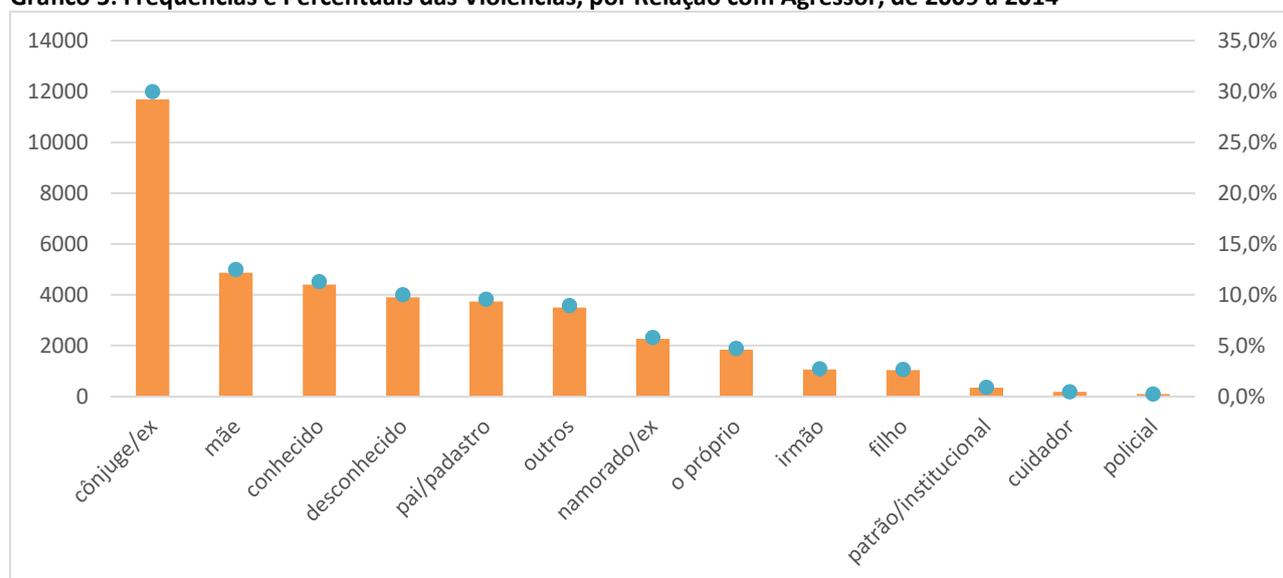
Sexo do autor	Faixa Etária da Vítima					Total
	0 a 9	10 a 17	18 a 39	40 a 59	60 ou +	
<b>Masculino</b>	1925	3650	13751	3933	724	23983
%	39,0%	60,1%	81,9%	77,4%	54,3%	70,1%
<b>Feminino</b>	2014	1742	2617	1004	438	7815
%	40,8%	28,7%	15,6%	19,8%	32,8%	22,8%
<b>Ambos</b>	1001	683	432	145	172	2433
%	20,3%	11,2%	2,6%	2,9%	12,9%	7,1%
<b>Total Válidos</b>	4940	6075	16800	5082	1334	34231
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Missings</b>	1914	2483	7601	2340	1082	15420
%	38,7%	40,9%	45,2%	46,0%	81,1%	31,1%
<b>Total</b>	6854	8558	24401	7422	2416	49651
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## II) Relacionamento

A compilação de pesquisas dos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) confirma que a violência praticada pelo parceiro íntimo é a forma mais comum de violência enfrentada pelas Mulheres, em todo o continente (OMS, 2015). O fenômeno é mundial, a OMS estima que, nas Américas, 30% das mulheres passaram alguma vez por violência física e/ou sexual praticada por parceiro conjugal, e 11% sofreram violência por não parceiros.

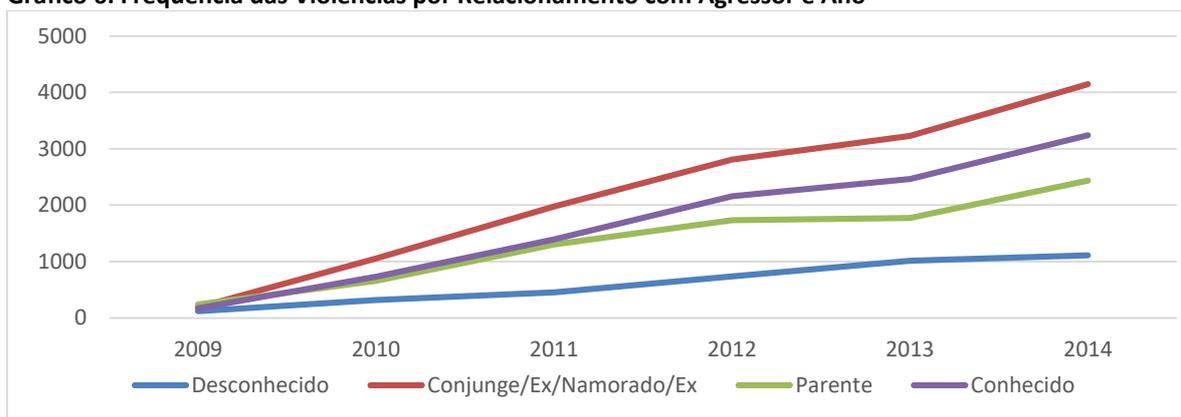
Os dados da saúde no Rio de Janeiro vão na mesma direção, cônjuges e ex-cônjuges foram os agressores mais notificados, no total de 11.698. Se somados a namorados e ex-namorados, a violência conjugal aparece em cerca de 35% das notificações, como no gráfico 5. A mãe da vítima está como segundo maior agressor, com 12% do total, pai ou padrasto com 10%, agressores irmãos e filhos aparecem igualmente com 2,7%. Vemos, desse modo, que a violência intrafamiliar está em cerca de 60% dos casos. Não obstante, se verificarmos que foram dados como agressores desconhecidos apenas 10% das fichas válidas, temos como resultado que a grande maioria dos agressores era de conhecidos, senão familiares ou pessoas com relações afetivas com as vítimas. Esse dado condiz com o que a literatura define sobre a violência contra mulher, como uma violência doméstica ou intrafamiliar, praticada majoritariamente por parceiros íntimos, parentes ou conhecidos (SHAIBER ET AL, 2005).

**Gráfico 5: Frequências e Percentuais das Violências, por Relação com Agressor, de 2009 a 2014**



Ao agregarmos os autores de violência por relacionamento íntimo, parentes, conhecidos e desconhecidos da vítima, como no gráfico 5.1.6, podemos verificar que aumenta suavemente a proporção de agressores de relações conjugais e conhecidos da vítima, de 2009 a 2014, enquanto reduz a de desconhecidos, visível no gráfico 6.

**Gráfico 6: Frequência das Violências por Relacionamento com Agressor e Ano**



Parentes são os maiores autores de agressão contra meninas de 0 a 9 anos, 70% dos casos, e conhecidos em 26%, como na tabela 13. Adolescentes são vitimadas por conhecidos em 39% dos casos, e por parentes em 35%. Aqui, averiguamos novamente o grande percentual de agressores que são a própria mãe da vítima. Assim invertemos o denominador da seção anterior, de tal modo que obtivemos que em 93,5% dos casos que a mãe é a agressora, as vítimas são meninas de 0 e 17 anos.

Entre mulheres de 18 a 59 anos, atuais ou ex-parceiros íntimos são 56% dos agressores, seguidos pelos conhecidos, percentual um pouco acima do constatado em pesquisa nacional, com dados do SINAN de 2009, que identifica 44,1% como parceiro íntimo (RODRIGUES ET AL, 2012). Já o IPEA, constata metade dessa percentagem a nível nacional, 26% das mulheres entrevistadas<sup>39</sup> relataram ter violência perpetrada por seus companheiros ou ex-companheiros. Nas pesquisas estaduais, Machado contabilizou que 87% das denunciadas no Disque Denúncia Mulher haviam sido agredidas por seus parceiros e ex-parceiros íntimos (2008), enquanto o ISP publicou que 51,7% dos agressores de registros de lesão corporal dolosa eram ex/companheiros, em 2014 (ISP, 2015). A oscilação nesse dado demonstra, entre diversas possibilidades, que ainda precisamos melhorar a qualidade da informação e a padronização de categorias e técnicas de coleta, intersetorialmente.

**Tabela 13: Frequência das Violências, por Relação com Agressor e Faixa Etária da Vítima, de 2009 a 2014**

Relação com Agressor	0 a 9	10 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou +	Total
<b>Desconhecido</b>	157	979	1425	645	335	132	88	3761
<b>%</b>	2,9%	15,3%	13,7%	9,7%	9,5%	7,9%	6,0%	10,6%
<b>Conjunje/Ex/Namorado/Ex</b>	99	695	5645	4119	1896	726	221	13401

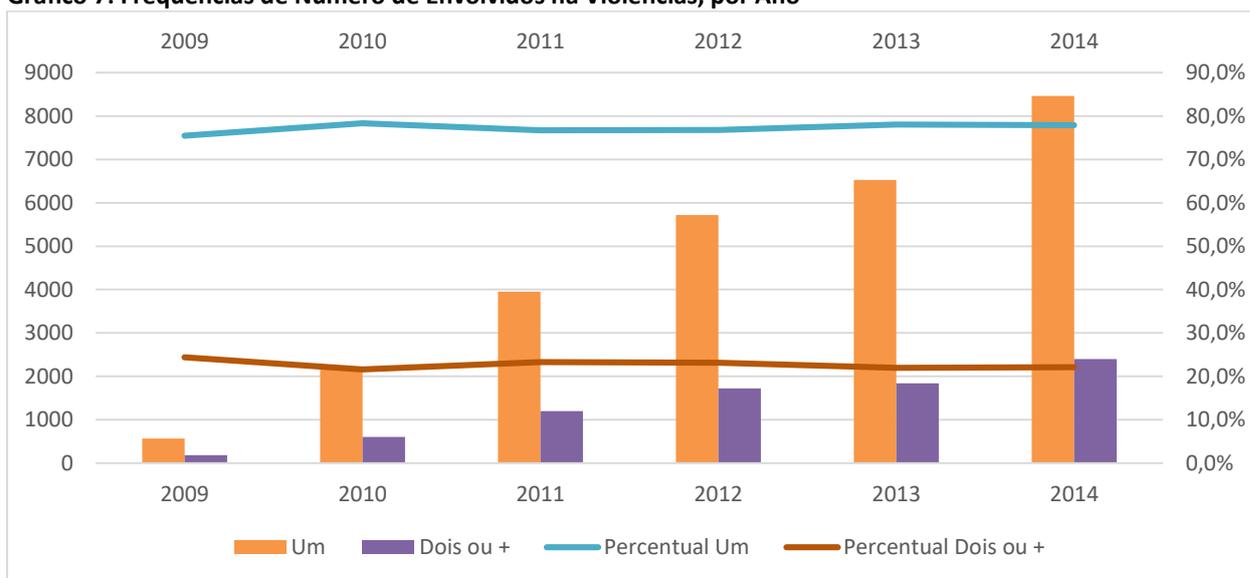
<sup>39</sup>Os dados utilizados foram levantados pela PNAD 2009, no *Suplemento de Vitimização e Acesso a Justiça*.

%	1,8%	10,8%	54,3%	62,1%	54,0%	43,6%	15,0%	37,8%
<b>Parente</b>	3743	2243	775	341	275	245	519	8141
%	69,6%	35,0%	7,4%	5,1%	7,8%	14,7%	35,3%	23,0%
<b>Conhecido</b>	1376	2490	2559	1525	1004	561	644	10159
%	25,6%	38,9%	24,6%	23,0%	28,6%	33,7%	43,8%	28,6%
<b>Total</b>	5375	6407	10404	6630	3510	1664	1472	35462

### III) Número de Envolvidos

O número de envolvidos nas violências foi revelado em 71% das fichas notificadas. Dessas, 27.424, ou 77,5%, informam que houve um agressor e 7.949, ou 22,5%, que foram dois ou mais agressores. Como o gráfico 7 demonstra, as frequências se mantêm constantes entre as violências praticadas por um indivíduo e por dois ou mais.

**Gráfico 7: Frequências de Número de Envolvidos na Violências, por Ano**



Entre os quatro tipos de violência mais notificados (ver tabela 17), a violência por negligência ou abandono é a que aparece com maior proporção de violências cometidas por dois ou mais agressores, em 55,7% dos casos válidos, como na tabela 14. Para as violências física, psicológica e sexual, cerca de 1/5 foram cometidas por múltiplos agressores. Verificamos poucos estudos que analisam as violências interpessoais por múltiplos agressores em um único episódio de violência, na sua maioria observam somente o estupro (DREZET ET AL, 2001; MACHADO ET AL, 2011), que mencionaremos na seção adiante específica sobre essa violência sexual.

**Tabela 14: Frequência e Percentuais dos Números de Agressores por Tipo de Violências, de 2009 a 2014**

Número de Agressores	Física	Psicológica	Sexual	Negligência	Todas
	Um	18956	11220	4891	2788
	79,2%	80,6%	81,6%	55,7%	77,5%
Dois ou +	4976	2704	1102	2219	7949
	20,8%	19,4%	18,4%	44,3%	22,5%
Total Preenchidos	23932	13924	5993	5007	35373
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ignorados	5916	1728	761	1270	14278
	19,8%	11,1%	11,2%	20,2%	28,8%
Total Notificados	29848	15652	6754	6277	49651
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### IV) Uso de Álcool

O uso de álcool e outras drogas pelo agressor tem sido considerado fator de risco para a violência contra mulheres (OMS, 2010). Embora haja 56,1% de *missings* para esta variável, é importante fator a ser verificado. Estudo sobre as denúncias de violência contra mulheres em municípios fluminenses, pelo teleatendimento Disque Denúncia, constata que as chances de ocorrer uma violência associada ao uso de álcool e outras drogas, pelo agressor, é 2,39 maior do que aqueles que não utilizarem drogas (2008).

Verificamos que a vítima relatou o uso de álcool pelo agressor em cerca de 20% das notificações, de 2010 a 2014, conforme tabela 15, correspondente a 9.961 notificações.

**Tabela 15: Frequências e Percentuais de Agressores que Utilizaram Álcool, por Ano**

Uso de Álcool	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Total <i>Missings</i>
Frequência	155	770	1467	2056	2500	3013	9961	27841
Percentual	1,6%	7,7%	14,7%	20,6%	25,0%	30,2%	20,1%	56,1%

#### 7.1.3 Sobre as Violências Notificadas

Nessa seção, verificamos as variáveis independentes que se referem a local municipal de ocorrência, tipos de violências, tipos de violência sexual, profilaxia de DSTs (Doenças

Sexualmente Transmissíveis), contraceptivos, encaminhamento à rede de órgãos públicos especializada e recorrências, no período de 2009 a 2014.

#### **I) Local da Ocorrência**

Há unidades de saúde públicas nos 92 municípios do estado, portanto, todos os municípios podem registrar os casos de violência recebidos de agressões que ocorreram nos seus próprios municípios, ou em qualquer outro do estado ou país. As ocorrências aparecem concentradas entre os quatro municípios de maior número de vítimas notificadas, sendo esses Rio, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Petrópolis, somando 53% das notificações. Entre os 10 municípios com maiores frequências de notificações de violências contra as mulheres e meninas, concentram-se 74% das notificações, estando esses majoritariamente na Região Metropolitana do estado, com exceção de Petrópolis e Campos, como na tabela 16.

**Tabela 16: Ranking dos 10 Municípios no ERJ com Maior Quantidade de Notificações de Violências, de 2009 a 2014**

<b>Código IBGE e Municípios ERJ</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>330455 Rio de Janeiro</b>	11280	23%
<b>330170 Duque de Caxias</b>	5989	12%
<b>330350 Nova Iguaçu</b>	4840	10%
<b>330390 Petrópolis</b>	3894	8%
<b>330240 Macaé</b>	3314	7%
<b>330100 Campos dos Goytacazes</b>	2154	4%
<b>330490 São Gonçalo</b>	1781	4%
<b>330045 Belford Roxo</b>	1529	3%
<b>330285 Mesquita</b>	1025	2%
<b>330227 Japeri</b>	997	2%
<b>Total</b>	<b>36803</b>	<b>74%</b>

Na tabela 17, demonstramos as taxas das notificações de violências para cada 100.000 habitantes do sexo feminino, cujo o numerador é a frequência total do município, em 2014, e o denominador é a população municipal do sexo feminino, do mesmo ano, multiplicado por 100.000. Ao ranquearmos as taxas de 2014, temos Pinheiral e Macaé em primeiro e segundo lugar nas notificações de violência contra meninas e mulheres, com 968,1 e 824,4 notificações para cada 100.000 habitantes do sexo feminino, respectivamente, cerca de cinco vezes acima da média de 166,7. Macaé, Nova Iguaçu, Mesquita e Japeri são municípios que aparecem entre os 10 mais violentos, tanto em frequências absolutas quanto relativas à população.

Embora a capital do estado tenha o maior número de notificações, ano a ano, não aparece entre os mais violentos contra mulheres e meninas. O município do Rio, em 2014, teve a taxa

de 112,7/100.000 habitantes do sexo feminino, abaixo da taxa média desse ano de 166,7/100.000, ocupando a 37ª posição no ranking estadual.

**Tabela 17: Taxas de Violências contra o sexo feminino/100.000 residentes femininos, e Frequências de Notificação de Violência contra Meninas e Mulheres no ERJ, pelo SINAN, de 2009 a 2014, dos 40 municípios com maiores taxas<sup>40</sup>**

<b>Código IBGE e Municípios RJ</b>	<b>Taxa 2014</b>	<b>Ranking 2014</b>	<b>Frequência Total de 2009 a 2014</b>
330395 Pinheiral	968,1	1	351
<b>330240 Macaé</b>	<b>824,4</b>	<b>2</b>	<b>3314</b>
330380 Paraty	808,7	3	759
330130 Casimiro de Abreu	785,9	4	661
330400 Piraí	741,0	5	379
<b>330350 Nova Iguaçu</b>	<b>622,2</b>	<b>6</b>	<b>4840</b>
<b>330227 Japeri</b>	<b>552,8</b>	<b>7</b>	<b>997</b>
<b>330285 Mesquita</b>	<b>526,5</b>	<b>8</b>	<b>1025</b>
330415 Quissamã	499,5	9	152
330411 Porto Real	486,6	10	134
330185 Guapimirim	466,4	11	164
330452 Rio das Ostras	425,9	12	605
<b>330100 Campos dos Goytacazes</b>	<b>383,4</b>	<b>13</b>	<b>2154</b>
<b>330170 Duque de Caxias</b>	<b>380,8</b>	<b>14</b>	<b>5989</b>
330023 Armação dos Búzios	360,4	15	90
330550 Saquarema	336,4	16	174
330520 São Pedro da Aldeia	332,0	17	210
330420 Resende	291,4	18	381
330310 Natividade	289,0	19	112
<b>330390 Petrópolis</b>	<b>260,7</b>	<b>20</b>	<b>3894</b>
330010 Angra dos Reis	260,3	21	785
330250 Magé	256,7	22	841
330610 Valença	245,9	23	231
330140 Conceição de Macabu	235,2	24	27
330430 Rio Bonito	223,2	25	259
330560 Silva Jardim	208,7	26	25
330020 Araruama	208,6	27	192
330190 Itaboraí	181,9	28	664
330570 Sumidouro	177,1	29	13
330220 Itaperuna	171,7	30	487
330340 Nova Friburgo	162,5	31	610
330440 Rio Claro	158,7	32	36
330575 Tanguá	148,7	33	71
330030 Barra do Piraí	130,5	34	101
330160 Duas Barras	127,2	35	31
330414 Queimados	116,4	36	139
<b>330455 Rio de Janeiro</b>	<b>112,7</b>	<b>37</b>	<b>11280</b>
330515 São José do Vale do Rio Preto	96,3	38	37
330580 Teresópolis	91,6	39	329
330040 Barra Mansa	89,3	40	336

<sup>40</sup> Para tabela completa com todos os municípios do ERJ, ver Anexo V. As taxas são baseadas em estimativas populacionais enviadas para o TCU, de 2014, estratificadas por sexo pela SESEG/ISP.

\* em vermelho, os 10 primeiros municípios no ranking das frequências

Geramos o mapa 1 abaixo, para visualizarmos concentrações e dispersões territoriais e regionais das taxas de violência contra meninas e mulheres, por 100.000 habitantes do sexo feminino, georeferenciadas em 4 classes de frequências<sup>41</sup>, em 2014.

Produzimos os mapas 2 e 3 para auxiliarem-nos na reflexão sobre a capacidade de prevenção de violências, notificação, atendimento a vítimas e acesso a unidades de saúde, através do percentual de cobertura da população pelo atendimento das equipes de atenção básica, e pela taxa de estabelecimentos de saúde pública disponíveis, por 100.000 residentes municipais. A taxa dos estabelecimentos, contudo, deve ser relativizada, pois as cidades mais densas tendem a ter concentração de serviços em unidades de grande porte, além daquelas que são de média e alta complexidade e não têm portas abertas para o atendimento a vítimas de violência. Não encontramos correlação<sup>42</sup> das taxas de violência com os percentuais de cobertura, nem com as taxas de estabelecimento, como nos informam os gráficos 8 e 9. Apesar disso e tendo em vista a subnotificação decorrente, justamente, da falta de serviços, apontamos a seguir algumas possíveis associações regionais e municipais.

A região Centro-Sul, com a 2ª menor densidade populacional do estado, apresenta a menor concentração de taxas de violências. Seus municípios contêm alta cobertura de atendimento pela atenção básica, entre 72% (em Miguel Pereira) a 100% das populações municipais estavam cobertas, em 2014. As taxas de estabelecimentos SUS disponíveis para cada 100.000 habitantes apresentaram-se entre altas e medianas, com Rio das Flores contendo a 1ª mais alta taxa estadual, 140/100.000, e Comendador Levy a 3ª, 122/100.000. Esses dados podem indicar que uma maior capacidade de equipe e equipamentos de promoção de saúde, talvez reduzam a subnotificação, assim, os menores índices de violência se dariam pelo maior acesso ao SUS. Todavia, esse é somente um apontamento para investigação, pois mediante a baixa qualidade de informação e variáveis não controladas, já mencionadas, não podemos fazer tal afirmação. Adiante, compararemos essas informações com os registros de ocorrência policial da Segurança Pública, para verificarmos se apontam na mesma direção.

Na região Norte e entorno, aparece um pequeno conglomerado de altas taxas. Como demonstramos acima, Macaé possui a 2ª maior taxa estadual e a 5ª maior frequência estadual de violência contra o sexo feminino, e Campos a 13ª e a 6ª, respectivamente. É relevante

---

<sup>41</sup> As aproximações de frequências são geradas automaticamente pelo aplicativo Tabwin, criado pelo DataSUS para a produção e disseminação de informação em saúde.

<sup>42</sup> O coeficiente de correlação  $R^2$  indica que quanto mais próximo de 1 (positivo ou negativo), mais forte a associação. Quanto mais próximo de 0, indica fraca ou ausente ( $R^2 = 0$ ) associação linear.

considerarmos que esses dois municípios tiveram significativo crescimento econômico e da população trabalhadora, devido à extração de petróleo do Pré-Sal. Movimentos de mulheres tem destacado que grandes obras levam intenso fluxo de mão-de-obra masculina temporária, o que aumentaria a violência através da exploração sexual infantil e feminina, como apresentado na “Carta de Porto Velho” redigida pelo Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, em 2011(CHILDHOOD, 2013). Paralelamente, Campos tem a mais baixa taxa regional de estabelecimento de saúde pública, 19/100.000, e a pior cobertura regional de atenção básica, abrangendo apenas 36% da população municipal, enquanto Macaé tem a 2ª pior, com 58% de cobertura. Inferimos que, com baixa disponibilidade de serviços de saúde, as subnotificações podem ocultar um quadro ainda mais grave para os municípios destacados, o que exigiria maior atenção e urgente atuação dos atores governamentais e sociais.

Na Baía da Ilha Grande, há o município de Paraty com a 3ª pior taxa estadual de prevalência de violências, e Angra está igualmente no primeiro quartil dos mais violentos. Por outro lado, a região tem 100% de cobertura de atenção básica e Paraty está entre os municípios de maiores taxas de estabelecimentos SUS, o que pode apontar que haja menos subnotificações devido a sua maior capacidade de notificar; ou ainda, maiores vulnerabilidades, tais como a grande recepção de turistas nacionais e internacionais, nessa região de praias e ilhas. A Baixada Litorânea contém, igualmente, municípios de intenso turismo com as mais altas taxas de violências regional e estadual, dito Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Búzios.

As regiões Noroeste e Serrana têm em comum as baixas taxas de violências notificadas, os altos percentuais de cobertura de atenção básica e as altas taxas de estabelecimentos SUS. Destoam dessas duas regiões, as elevadas taxas de violências de Guapimirim, Petrópolis e Natividade.

O Médio Paraíba contém a mais elevada média estadual de violências, abrangendo Pinheiral (maior taxa estadual), Piraí, Porto Real entre as dez maiores taxas estaduais. A cobertura pela atenção básica é quase que completa, na região, e as taxas de estabelecimento são medianas.

Por último, as Regiões Metropolitana I e II, diferenciam-se bem nas notificações. Na Metropolitana II não há município no primeiro quartil dos mais violentos contra a mulher, a cobertura pela atenção básica é de mediana a alta, e a taxa de estabelecimentos SUS cai inversamente proporcional ao tamanho das populações municipais.

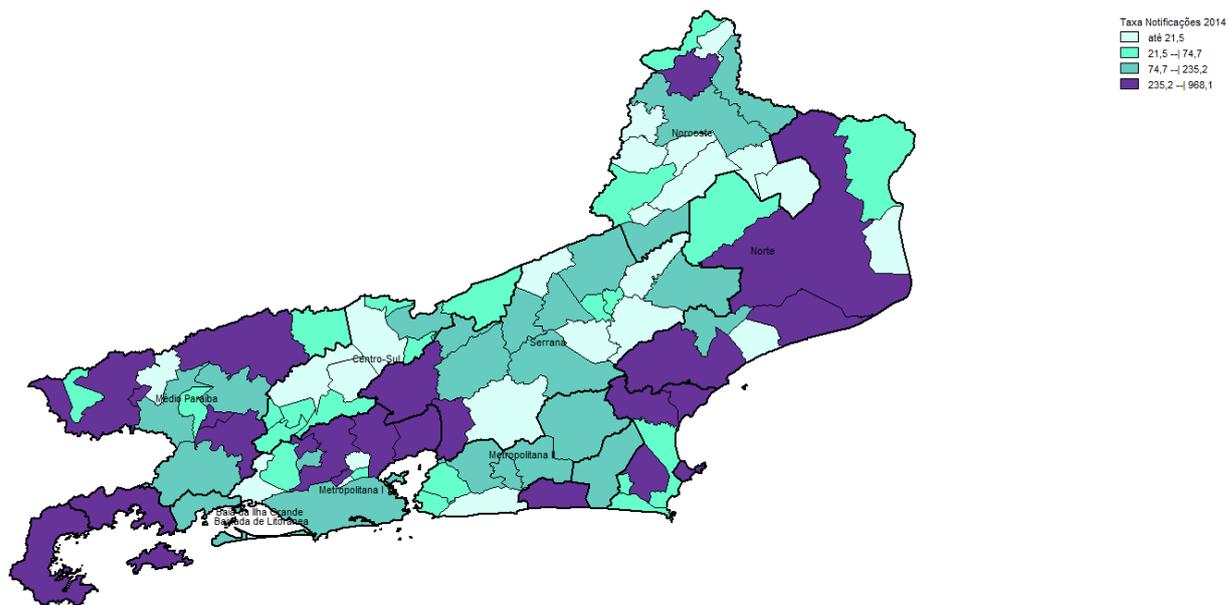
A Região Metropolitana I abrange a Baixada Fluminense e a capital estadual. A Baixada, região densa demograficamente, apresenta um cinturão de municípios de altas taxas de violência contra o sexo feminino, de Japeri a Magé, alcançando a taxa de 622,2/100.000 em Nova Iguaçu. A capacidade de atendimento é defasada, a região acumula a maior quantidade de municípios no primeiro quartil dos mais baixos percentuais de cobertura de atenção básica, e igualmente das mais baixas taxas de estabelecimentos de saúde pública. Os piores índices foram de Belford Roxo, 28%, São João, 36%, e Caxias, 38% da população coberta por equipes de atenção básica. São João de Meriti obteve a mais taxa regional, e a 2ª pior estadual de estabelecimentos SUS, 4/100.000 habitantes. Todavia, nesse município situa-se o Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart, com serviço especializado de atendimento a vítimas de violência que seria referência para a região, o que não condiz com a baixa taxa de violência apresentada em São João. Seria importante verificar o funcionamento desse serviço, que a princípio deveria ter boa qualidade na notificação das violências, e alta demanda que justificasse ser o receptor de serviço especializado regional. A outra referência da região é Mesquita, com a 8ª taxa estadual de violências, tem serviço especializado e realização do aborto legal, no Hospital da Mãe.

O município do Rio de Janeiro, pioneiro no atendimento especializado a mulheres vítimas de violências, tem o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães como centro especializado, desde 1999 (CAVALCANTI, 2004). Em 2013, todas as unidades municipais e 7 unidades estaduais<sup>43</sup> de saúde foram divulgadas, pela Rede (intersertorial) Capital de Serviços de Atendimento à Mulher sem situação de violência, como capazes de atender mulheres vítimas de violência (RIO DE JANEIRO, 2013). A cobertura de atenção básica, no entanto, é mediana, atendendo somente metade (51%) da população. Como a capital tem complexos hospitalares, concentrando boa quantidade de serviços, a baixa taxa de estabelecimentos não traduz a disponibilidade de serviços.

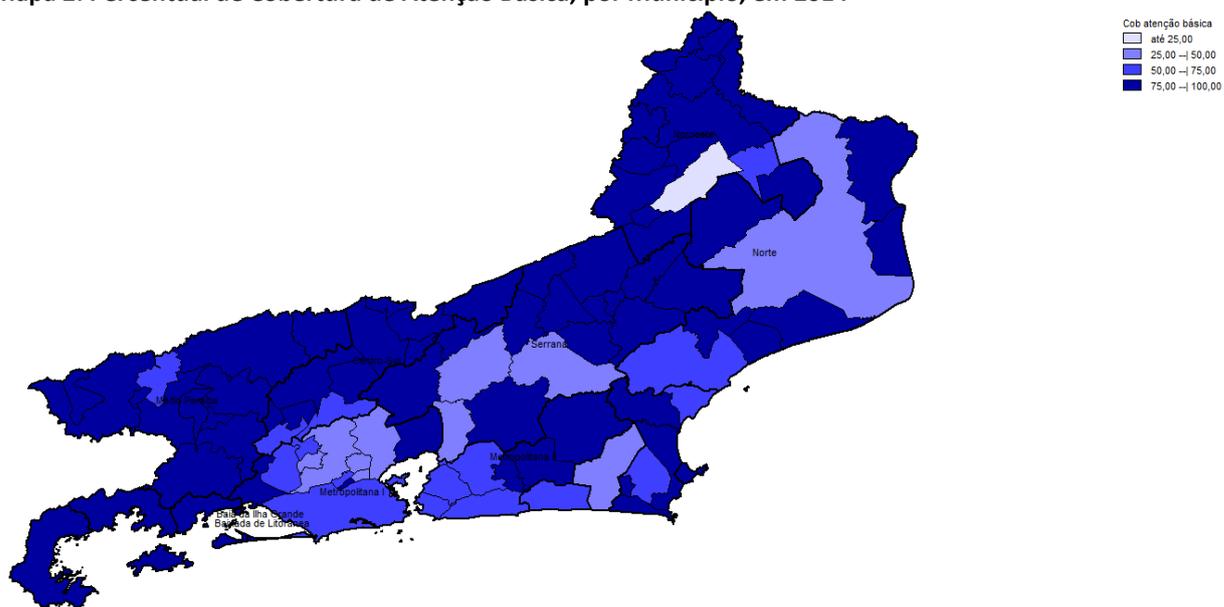
**Mapa 1: Taxa de Violências contra sexo Feminino /100.000 habitantes femininos no ERJ, por Município, em 2014**

---

<sup>43</sup> Na Rede Capital, representantes da SES-RJ relacionaram 7 hospitais que passariam por capacitação de profissionais e monitoramento da disponibilidade dos insumos oferecidos para a quimioprofilaxia pós violência sexual. Contudo, questionamentos foram trazidos dentro da própria Rede Capital sobre a falta de material e equipe especializados nesse atendimento, nesses hospitais estaduais. Conforme relatos de representantes da SES-RJ na Rede, a disponibilidade de material foi monitorada e em 2016 é plena, e que as capacitações, apesar de contínuas, esbarram na rotatividade de profissionais terceirizados.



**Mapa 2: Percentual de Cobertura de Atenção Básica, por Município, em 2014**



Mapa 3: Taxa de Estabelecimentos SUS/100.000 habitantes femininos, por Município, em 2014

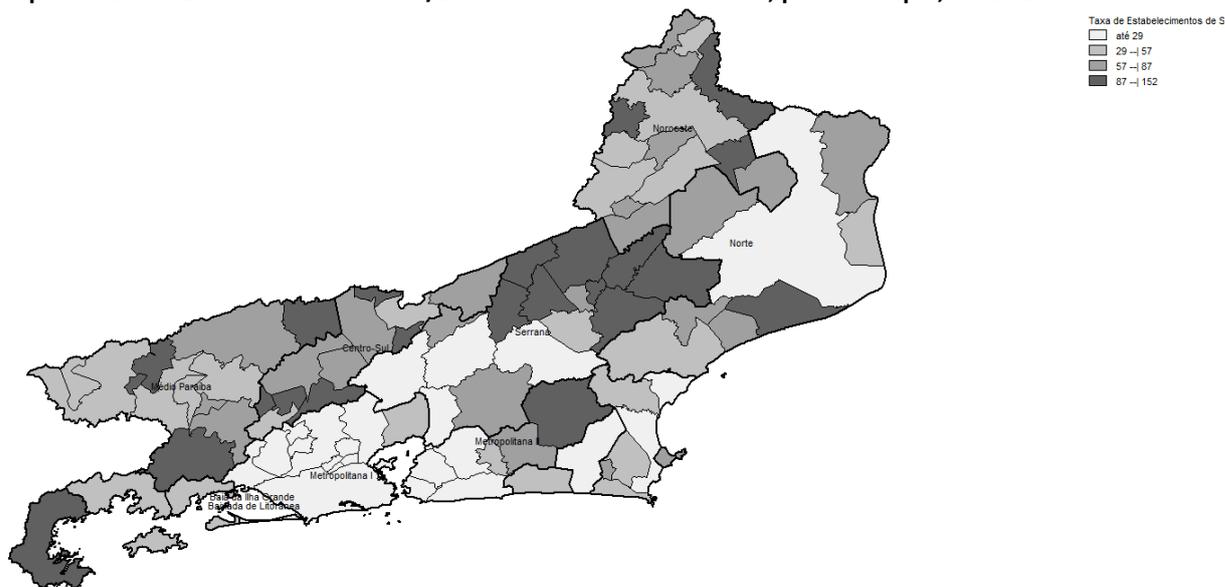
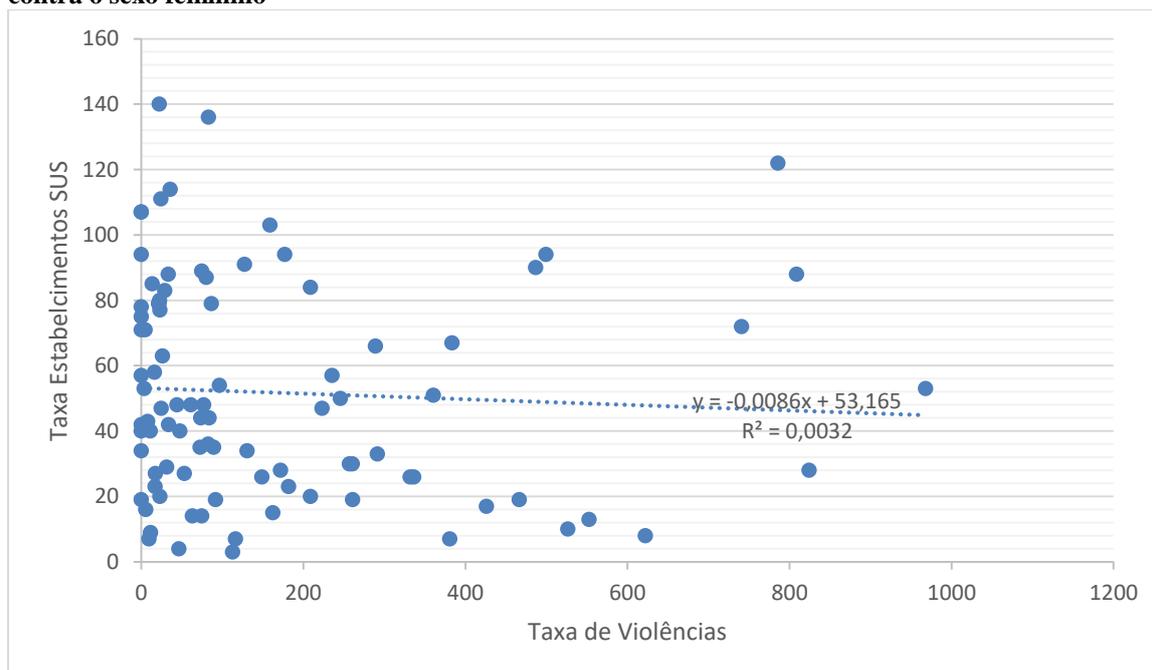


Gráfico 8: Correlação entre Taxas municipais de estabelecimentos SUS e as Taxas municipais de Violências contra o sexo feminino



Comparemos agora os dados sobre violência física entre a Saúde e a Segurança Pública. Pelos registros de ocorrência policial, apresentados no Dossiê Mulher (ISP, 2015), obtemos as taxas de lesão corporal dolosa e as de estupro<sup>44</sup> contra mulheres.

<sup>44</sup> Escolhemos essas duas modalidades de crimes apenas, por questões práticas, para rápida percepção visual dos contrastes, e pelo fato de serem os que mais se assemelham com as definições das violências física e sexual, notificadas no SINAN/RJ e que ocupam ¾ das notificações.

Primeiramente, chama a atenção que a Saúde notificou apenas 11% do número total de vítimas que a Segurança Pública registrou. Em 2014, as delegacias registraram 87.561 vítimas de lesão corporal dolosa, enquanto as unidades de saúde notificaram 9.741 vítimas de violência física. Quando comparamos as taxas municipais entre os dados da Saúde e da Segurança Pública, como podemos visualizar nos mapas 4 e 5, não há aparente associação. As extremidades das taxas estão invertidas em alguns municípios, semelhantes em outros e variam de forma irregular entre os demais. O gráfico 9 confirma-nos a inexistência dessa correlação, com o  $R^2$  próximo de 0.

Alguns municípios possuem dados que se destacam, no ano de 2014. Santa Maria Madalena apresenta a menor taxa de lesão corporal pela SESEG, 115/100.000 habitantes do sexo feminino, enquanto na Saúde está entre as maiores, notificando 175,6/100.000. Tal discrepância evidencia um explícito subregistro pelas delegacias de polícia do local, e uma melhor capacidade de notificação pelo SUS, que tem 100% de cobertura de atenção básica.

Entre as 10 mais elevadas taxas estão, simultaneamente, entre os mais violentos de ambos os bancos de dados o município de Pinheiral, com taxas de 485,4/100.000 e 1.124/100.000, e de Porto Real, de 194,8 e 1.128, pelo SINAN e pelos registros das delegacias respectivamente. Ambos têm 100% de cobertura da atenção básica. Laje do Muriaé registra entre as 10 mais altas taxas da SESEG, porém tem 0 notificação pela Saúde.

Ao verificarmos as taxas mais baixas do SINAN, a diferença proporcional com as taxas da SESEG é bem elevada, havendo 16 municípios sem notificação (igual a 0), os mesmos que variam entre 195 e 983 de taxa pela SESEG. São José de Ubá destaca-se por ter a menor taxa entre ambos os bancos, e 100% de cobertura de atenção básica.

Para o setor saúde, a discrepância e a inversão, com algumas das mais altas taxas Segurança Pública, explicita ainda mais a sua inferior capacidade de notificação, a falta de referenciamento intersetorial em rede, e a dessassistência de tais vítimas, mesmo em áreas apresentadas como 100% cobertas pela atenção básica.

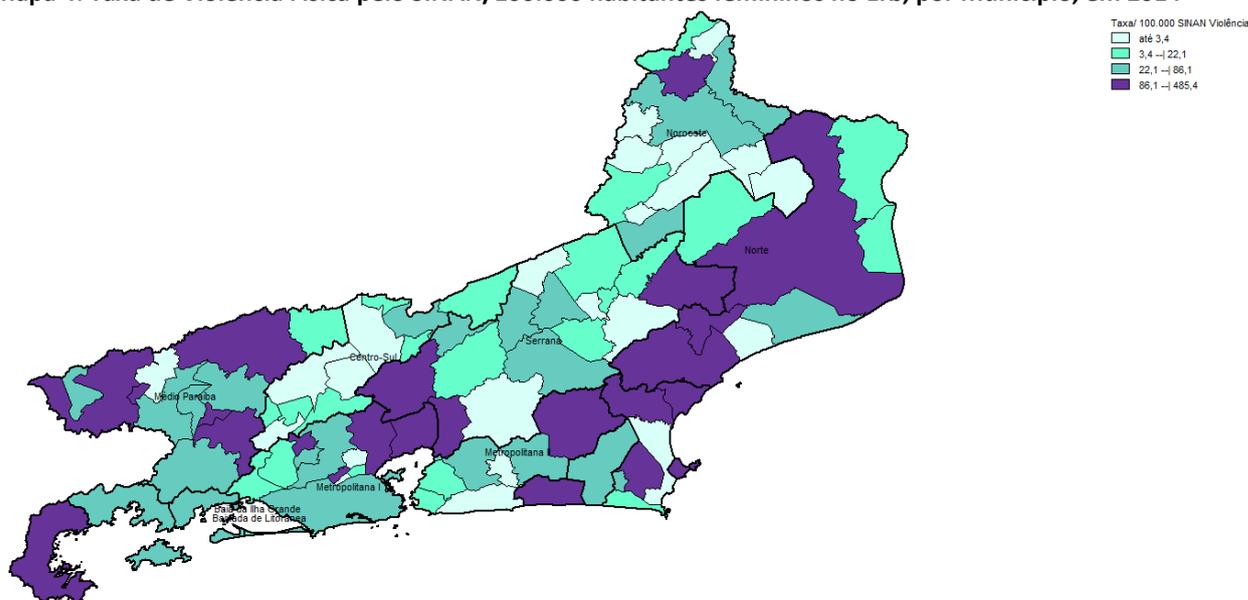
Em segundo, observarmos a capacidade de registros policiais e da rede jurídica que tende a atuar em conjunto. Como o Dossiê Mulher (ISP, 2015) georeferencia, a disponibilidade de DEAMs ou serviços jurídicos especializados tampouco aparecem associados a um padrão de maiores ou menores taxas de lesão corporal. Entretanto, o Instituto de Segurança Pública argumenta diferentemente, utilizando texto padrão, na apresentação de georeferenciamento de violências que tenham aumentado registro, como segue:

“Foram também sinalizadas as localizações dos Centros de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAM) e das Delegacias Especializadas no

Atendimento à Mulher (DEAM) presentes no Rio de Janeiro. Os mapas temáticos dão uma ideia de como se distribuem os eventos no estado e os recursos de apoio disponíveis em cada localidade. Acredita-se, por exemplo, que o maior e melhor acesso a tais recursos de ajuda e orientação possa influir no aumento do número de registros, pois a iniciativa traz mais esclarecimentos e conhecimentos ao público-alvo, ou seja, as mulheres, e à população em geral.” (ISP, 2014. Págs. 18, 30. ISP, 2015. Pág. 14)

Podemos citar alguns dados do próprio Dossiê Mulher, que contrariam tal afirmativa. Volta Redonda, São Gonçalo, Maricá e Campos têm DEAMs, porém estão entre as mais baixas taxas de lesão corporal. Enquanto isso, 9 dos 11 municípios de taxas mais altas não contêm qualquer DEAM ou equipamento dessa rede, com exceção de Búzios e Queimados (2015). A título de exemplo, Campos possui DEAM e NUAM<sup>45</sup>, mas está entre as mais baixas taxa de lesão corporal dolosa (501/100.000 mulheres). Por outro lado, pelas unidades de saúde, esse município notifica alta taxa de violência física contra mulher, 151,9/100.000, mesmo contendo um dos piores percentuais (36,4%)<sup>46</sup> de cobertura de saúde de família no ERJ.

**Mapa 4: Taxa de Violência Física pelo SINAN/100.000 habitantes femininos no ERJ, por Município, em 2014**

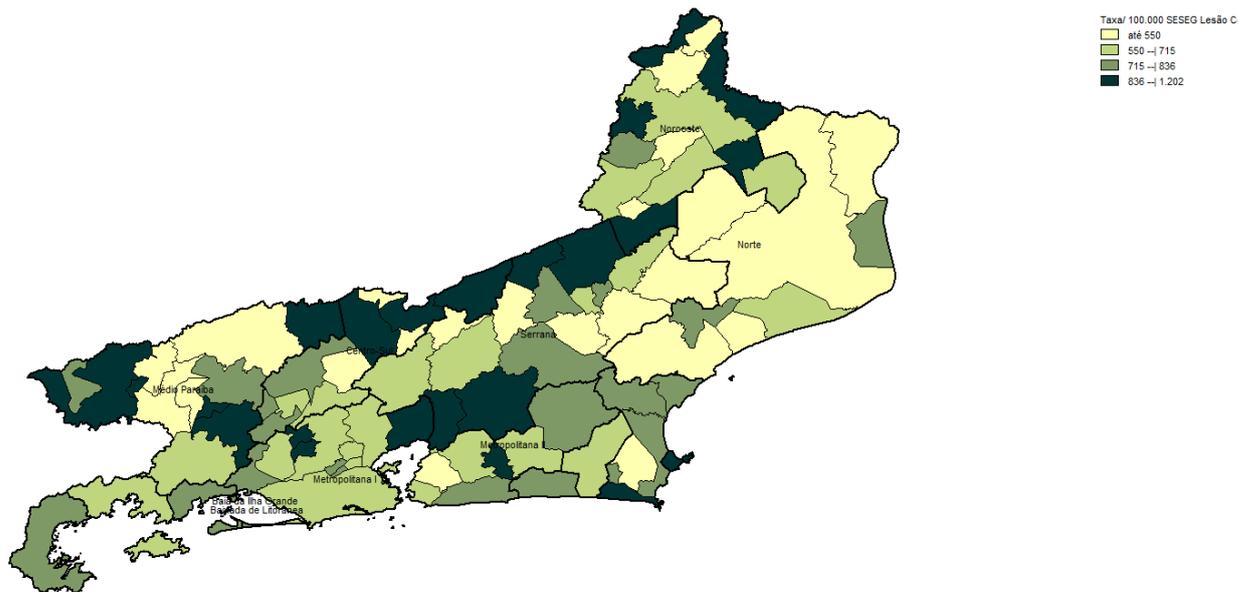


**Mapa 5: Taxa de Lesão Corporal Dolosa pela SESEG<sup>47</sup>/100.000 habitantes femininos no ERJ, por Município, em 2014**

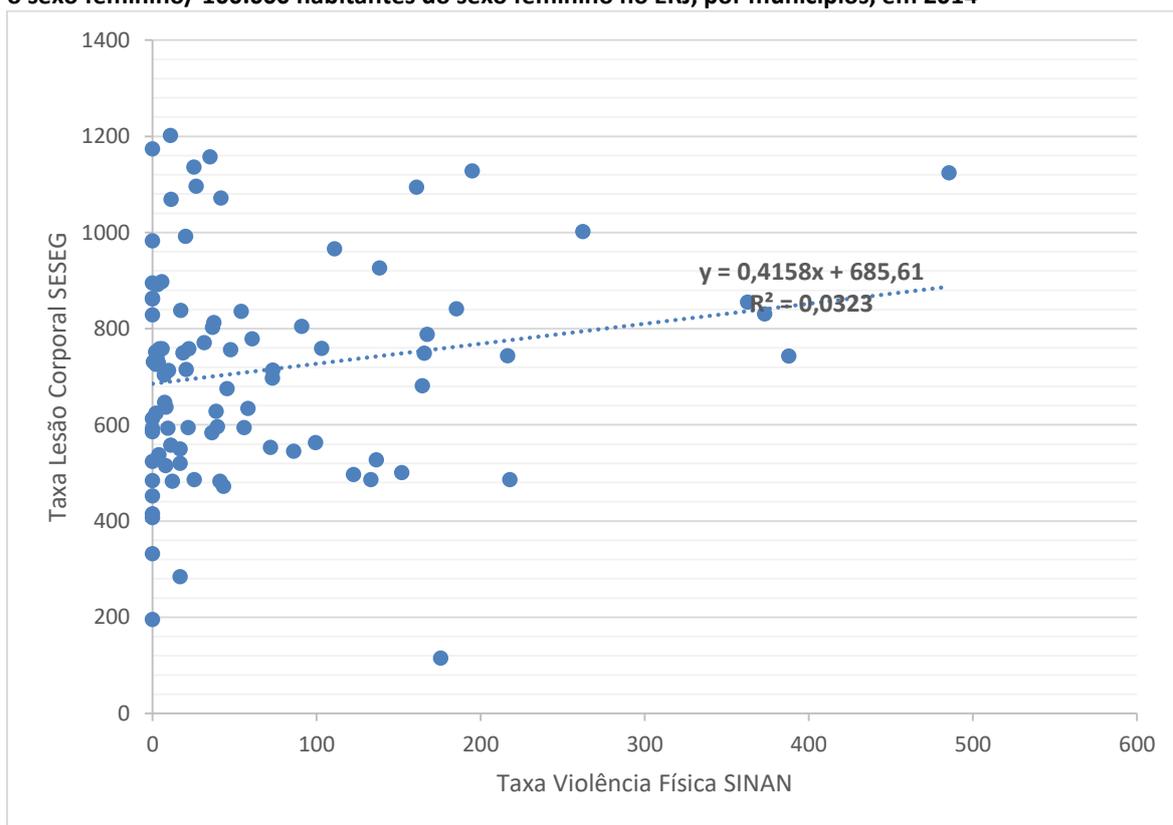
<sup>45</sup> Núcleo de Atendimento à Mulher

<sup>46</sup> Georeferenciamento de cobertura da atenção básica realizado pela SES/RJ, disponível em <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/mapas/ind13-15/ed2015/>.

<sup>47</sup> Dados extraídos do Dossiê Mulher 2014 (ISP, 2015), com alteração de taxa de 10.000 para 100.000 habitantes do sexo feminino.



**Gráfico 9: Correlação entre Taxas de Violência Física SINAN e as Taxas de Lesão Corporal Dolosa SESEG contra o sexo feminino/ 100.000 habitantes do sexo feminino no ERJ, por municípios, em 2014**



## II) Tipos de Violência

A violência física apresentou-se como de maior frequência, foram 29.848 notificações, de 2009 a 2014, como na tabela 18, coincidindo com a literatura já mencionada de

predominância na violência contra mulheres (ISP, 2010; 2012; 2013; 2014; 2015; IPEA, 2011; VENTURI ET AL, 2004; MACHADO, 2008).

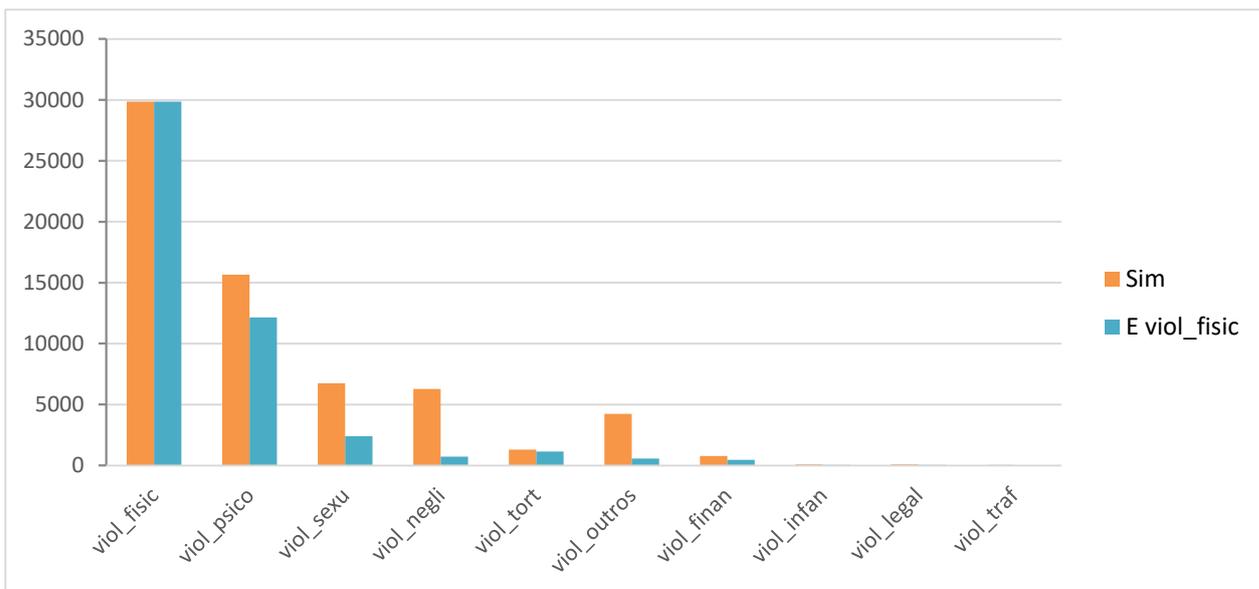
Enquanto verificamos que existe uma constante ascendente no volume de violências notificadas no SINAN RJ, em contraste os registros policiais exibem redução da lesão corporal dolosa, embora haja aumento dos casos de estupros, como apresentaremos adiante. Sobressai-se, todavia, a elevação percentual de homicídios dolosos femininos entre 2013 e 2014, cerca de 20%, muito acima da elevação de homicídios masculinos (embora com taxas expressivamente maiores) no mesmo período. Tais contrastes indicam um aumento no grau de letalidade da violência contra a mulher, porém, seria necessário acompanharmos trajetórias de registros, em maior série longitudinal, para compreendermos se pode haver aumento da intensidade da violência de gênero, ou outras formas de violências associadas e de maior influência.

**Tabela 18: Frequências e Percentuais por Tipos de Violências, de 2009 a 2014**

<b>Violência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Física</b>	29848	60,1%
<b>Psicológica/ Moral</b>	15652	31,5%
<b>Sexual</b>	6754	13,6%
<b>Negligência/ Abandono</b>	6277	12,6%
<b>Tortura</b>	1285	2,6%
<b>Outras</b>	4243	8,5%
<b>Financeira/ Econômica</b>	761	1,5%
<b>Trabalho Infantil</b>	80	0,2%
<b>Intervenção Legal</b>	102	0,2%
<b>Tráfico de Seres Humanos</b>	34	0,1%
<b>Autoprovocada</b>	2356	4,7%
<b>Total</b>	67392	100,0%

Criamos no gráfico 10 um comparativo entre todas as formas de violências e a verificação da violência física em conjunto com as demais violências. A violência psicológica está presente em 15.652 notificações, concomitantemente à violência física em 12.150 dessas, ou seja, em 77,6%. Das 6.754 notificações de violência sexual, cerca de 1/3 foram em conjunto com violências físicas. A violência física está fortemente presente em paralelo com as demais violências, o que podemos interpretar como um perfil das notificações na saúde, pela necessidade de tratamento médico-farmacêutico dos agravos, e/ou de uma maior propensão das vítimas notificarem violências, quando passam pela agressão física (OMS, 2010; MACHADO, 2008; ARAÚJO ET AL, 2005).

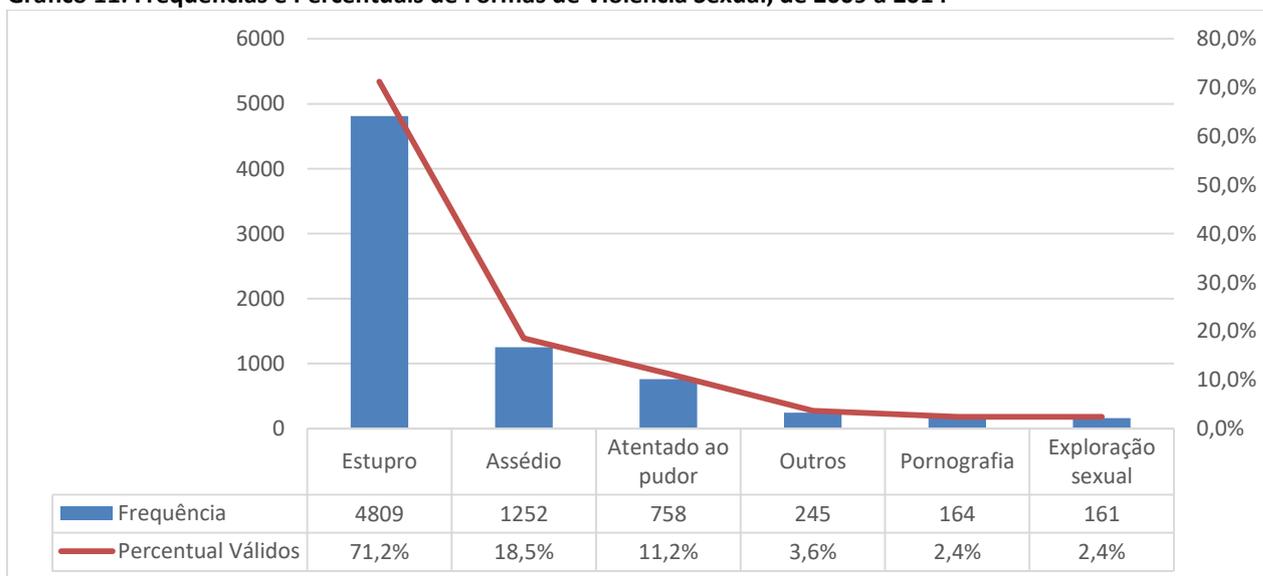
**Gráfico 10: Frequências dos tipos de Violências e cruzamento com Violência Física, de 2009 a 2014**



### III) Violência Sexual

Em caso de violência sexual, a ficha do SINAN oferece seis diferentes tipos, que podem ocorrer simultaneamente. O assédio sexual tem 18,5% dessas notificações, seguido por 11,2% de atentado ao pudor, como no gráfico 11. A pornografia e a exploração sexual tem ambas 2,4%. O estupro tem 4.809 notificações, com 71,2% do total de respostas válidas para este campo.

**Gráfico 11: Frequências e Percentuais de Formas de Violência Sexual, de 2009 a 2014**



## Estupro

Nesta seção, iniciamos com a definição de estupro, visto que há amplitude de interpretações em diferentes legislações e no senso comum. Trazemos estatísticas nacionais e internacionais de vitimização, e fazemos a análise descritiva em relação ao perfil das vítimas, dos agressores e dos procedimentos de responsabilidade do Setor Saúde. Buscamos prestar maior atenção a esta violência em específico, visto que é uma das mais nocivas à saúde das vítimas. Os efeitos danosos elencados pelas instituições de saúde são: traumas físicos, contração de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), AIDS, complicações ginecológicas, gravidez não desejada e/ou de risco, abortos provocados sem segurança, bebês prematuros, distúrbios intestinais, depressão, ansiedade, tentativas de suicídio, síndrome do pânico pós-traumático; que podem levar à hospitalização, incapacidades e à morte (DREZETT ET AL, 2001).

### O que é estupro

Nas legislações internacionais, existe uma variedade de definições sobre o crime de estupro, que teriam em comum apenas a penetração peniana na vagina, sem o consentimento feminino (Smith, M.D. 2004. Pág. 169. BOURKE, 2009). Na literatura mundial que busca compreender os severos impactos físicos, psicológicos e sociais sobre as vítimas de violência sexual, de ambos os sexos, há convergência ao descrever o ato do estupro como qualquer forma de violência sexual que envolva penetração forçada pela vagina, ânus ou boca, por pênis, dedo ou qualquer outro objeto, em situações nas quais a vítima não consegue evitar o ato, por estar fisicamente ou psicologicamente dominada, sob ameaça, drogas, inconsciente, desabilitada ou incapaz de compreender o que ocorre (no caso de crianças e doentes mentais) (HARRIS; SHARON, 1999. ELLIS, 2002).

No Brasil, a legislação avançou significativamente nas últimas décadas, em resposta a movimentos feministas, de mulheres e de defesa dos direitos das crianças e adolescentes. De crime de ação privada contra os costumes - que abria margem para a culpabilização da vítima - o estupro tornou-se crime hediondo e incorporou definições anteriormente classificadas como “atentado violento ao pudor”<sup>48</sup>. Definido na Lei 12.015 de 2009, no Capítulo I:

“Dos Crimes contra a Liberdade Sexual: **Estupro**: Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (...) **Violação sexual mediante fraude** Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém,

---

<sup>48</sup> A LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009, “Altera o título da parte especial do Decreto Lei no. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o Art. 1º da Lei No. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do Art. 5º. Da Constituição Federal” e define no “ Art. 4º O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, Lei de Crimes Hediondos, passa a vigorar com a seguinte redação: V - estupro (art. 213, caput e §§ 1º e 2º); VI - estupro de vulnerável (art. 217-A, caput e §§ 1º, 2º, 3º e 4º)”.

mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.” (BRASIL, 2009)

Com a nova legislação, deixa de existir a categoria do crime de atentado violento ao pudor, que passa a ser incluído no de estupro, abarcando todas as formas de penetração sexual.

O estupro é uma violência de gênero, é majoritariamente cometido pelo sexo masculino, contra ambos os sexos. É violação do corpo e individualidade de outro, pela vontade de dominação, humilhação, sexualização e consumo do outro corpo objetificado e inferiorizado (GROTH; NICHOLAS; BIRNBAUM, 1979). É violência em que homens estão no duplo papel de agressores ou agredidos, mas que o sexo feminino é enormemente o mais vitimizado. Inerente a culturas patriarcais, onde faz parte do tornar-se mulher ser submetida ao poder masculino.

### **Vitimizações**

No continente americano, a prevalência estimada da violência sexual e do estupro contra a mulher em toda a vida por qualquer agressor (parceiros íntimos e não parceiros) modifica-se bastante, de acordo com o método e local de estudo. No Paraguai, 1 em cada 10 mulheres já foi violentada, no Haiti, 1 em cada 4 (OMS, 2015).

Os Estados Unidos têm periódicas pesquisas nacionais sobre o estupro, iniciadas na década de 90. Em 2014, entrevistaram 40 mil residentes de ambos os sexos, puderam apresentar dados consistentes e reveladores. Em 1996, estimaram que 1 a cada 6 mulheres já havia sido estuprada, seriam 18 milhões de vítimas femininas, com também expressivo número de vítimas masculinas, 3 milhões (TJADEN; THOENNES, 2006). Em 2014, a pesquisa nacional norte-americana levantou que ocorreram 85 mil estupros (*completed rape*)<sup>49</sup> contra ambos os sexos, a uma taxa de 33/100.000 habitantes (US DEPARTMENT OF JUSTICE, 2015).

No Brasil, em 2014 foram 47.646 registros de estupro pela Segurança Pública, equivalente a taxa de 23,5/100.000 habitantes, porém, há estimativas de que o subregistro varie entre 35% e 90% do total de casos (FBSP, 2015. CERQUEIRA; COELHO, 2014). Assim, teríamos cerca de um estupro a cada 10 minutos no país. O impacto desses números sobre a sensação de segurança da juventude foi mensurado na pesquisa do 8º Anuário do FBSP, revelando que 73,7% do público entrevistado, de 16 a 24 anos, têm medo de sofrer violência sexual (FBSP, 2015).

---

<sup>49</sup> A pesquisa categorizou os casos de *rape and sexual harrassment* em :*Completed rape*, 30%; *Attempted rape*, 23%; *Sexual assault*, 24%, *Unwanted sexual contact without force*, 6%; *Verbal threats of rape and sexual assault*, 18% Maiores. As taxas foram estimadas sobre a população de 2014 acima de 12 anos de idade. Os valores que apresentamos foram calculados sobre o total de 284.350 casos, em 2014, a uma taxa de 1,1/1000 habitantes acima de 12 anos.

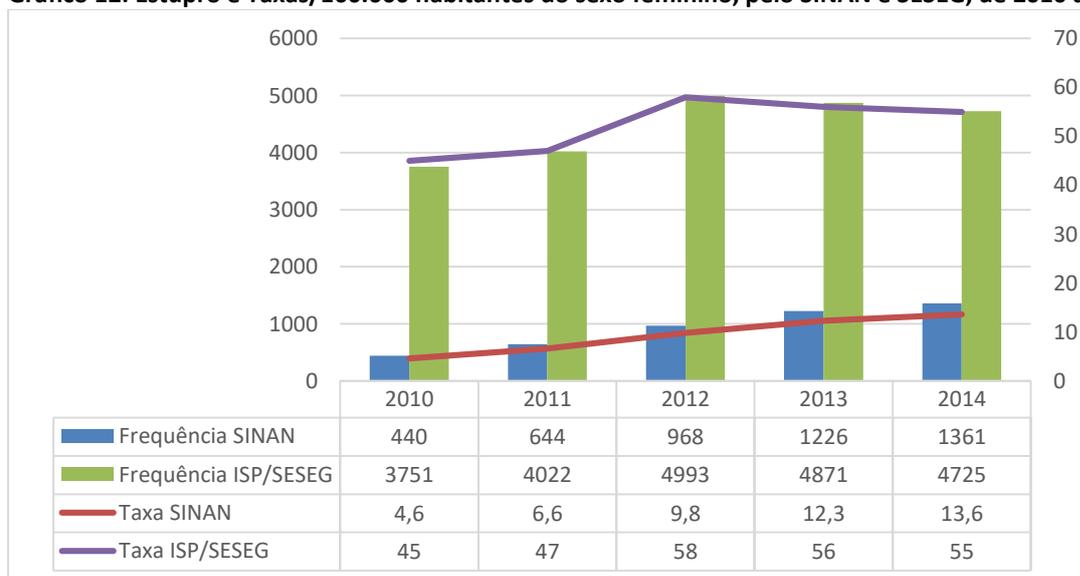
No comparativo nacional, São Paulo obteve a maior quantidade de casos, 10.026 e o Rio a segunda maior, com 5.923 casos de estupro registrados por delegacias de polícia, em 2014, contra ambos os sexos (FBSP, 2015). Entre os 21 estados que apresentam alta qualidade de informação, Roraima contém a pior taxa, com 55,5 estupro/100.000 habitantes, e o Rio tem a 8ª pior taxa, com 34,5/100.000 (2015).

A notificação de estupro contra o sexo feminino, pelas unidades de saúde pública no estado do Rio, alcançou a maior taxa da série, 13,6 estupro para cada 100.000 mulheres, em 2014, como na tabela 19. Esse movimento ascendente difere-se das taxas estadual e nacional de registros de estupro pelas delegacias de polícia, que teve redução de 3,0% no ERJ e de 6,7% no país, de 2014 em relação a 2013 (ISP, 2015. FBSP, 2015). Todavia, como o próprio Fórum pondera, podemos ter alto subregistro, assim seria necessária uma série mais longa para a confirmação de queda.

O gráfico 12 possibilita-nos visualizar a comparação das frequências e taxas entre os dados da Saúde, pelo banco do SINAN/RJ, e da Segurança Pública/RJ, através do Dossiê Mulher do ISP (2015). Semelhante ao declínio da taxa nacional, a taxa estadual, produzida pelos registros policiais, era de 45/100.000 mulheres em 2010, chega a 58/100.000 em 2012, e em 2014 está em 55/100.000. Diferentemente, as notificações no SINAN, tem constante crescimento, de 4,6/100.000, em 2010, para 13,6/100.000, em a 2014.

A confrontação desses bancos confirma a maior subnotificação da Saúde e não nos permite ainda afirmar que exista de fato ascensão das violências de estupro, pois possivelmente ocorre um aprimoramento na sua notificação.

**Gráfico 12: Estupro e Taxas/100.000 habitantes do sexo feminino, pelo SINAN e SESEG, de 2010 a 2014**



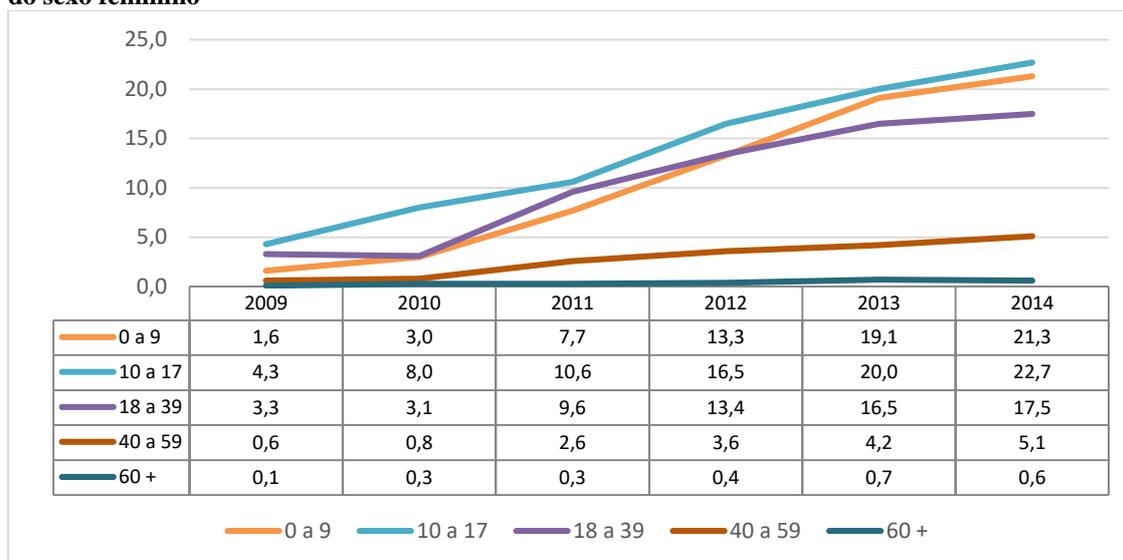
### **Quem são as vítimas**

O estupro atinge em maiores proporções crianças e adolescentes, de acordo com diversas pesquisas internacionais. Nos EUA, mais da metade das vítimas sofreu o estupro antes dos 18 anos (US DEPARTMENT OF JUSTICE, 2015). Dados de sistemas da justiça e centros para crises por estupros do Chile, Malásia, México, Papua Nova Guiné, Peru e Estados Unidos, identificaram que entre um a dois terços de todas as vítimas de agressão sexual teriam até 15 anos, embora a OMS pondere que pode haver viés pela ênfase, por tais sistemas judiciais, a determinados tipos de violência sexual como a exploração sexual infantil (OMS, 2010).

No Brasil, mais da metade (50,7%) das vítimas notificadas pelas unidades de saúde tem menos de 13 anos (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Em pesquisa de opinião sobre percepções de violência e segurança, 67,1% da população brasileira, de ambos os sexos, residente nas grandes cidades brasileiras teria medo de ser agredida sexualmente (FBSP, 2015). Não à toa o temor seria ainda maior sobre os jovens de 16 a 24 anos, 73,7% desses, e sobre a maior população vitimizada, as mulheres, 90,2% dessas (FBSP, 2015).

No estado do Rio, o crime de estupro similarmente incide com diferentes taxas, de acordo com a faixa etária das vítimas. Meninas de 0 a 9 anos tiveram 726 notificações de estupro, entre 2009 e 2014, equivalente a 15% do total, como no gráfico 13. De 2009 a 2012, a faixa de 0 a 9 anos tem a 3ª maior taxa, passando a 2ª até 2014, com 21,3 meninas estupradas para cada 100.000 meninas. Adolescentes entre 11 e 17 anos são o grupo mais afetado, de 2009 a 2014, somando 1.686 notificações, e maior taxa da série, de 22,7/100.000 adolescentes do sexo feminino, em 2014. Mulheres entre 18 e 39 anos tiveram o maior número de notificações, 1.958, e a 3ª pior taxa estadual, 17,5. Mulheres entre 40 e 59 anos sofrem taxa bem abaixo, de 5,1/100.000, e aquelas acima de 60 anos a menor taxa, de 0,6/100.000 idosas.

**Gráfico 13: Notificações de Estupro, por Faixa Etária, no ERJ, de 2009 a 2014; Taxas/100.000 habitantes do sexo feminino**



Pelos dados da Segurança Pública, 45,5% das vítimas tinham entre 0 e 13 anos, com maior concentração na faixa de 10 a 13 anos (21,5%). As negras eram 56,8% do total das vítimas, e solteiras 76,6% (ISP, 2015). Pelos dados da Saúde Pública, 32,2% das vítimas tinham entre 0 e 13 anos, sendo a maior concentração na faixa de 14 a 17 anos (28,4%). Negras foram as vítimas de 59,6% das notificações válidas, e solteiras 61,1%.

### **Quem são os agressores**

De acordo com a pesquisa anual de estupro norte-americana, somente 16,7% das mulheres estupradas desconheciam seus agressores (NIJ, 2006). Com relação ao estupro contra crianças e adolescentes, em diagnóstico mundial para a UNICEF, revela-se que a violência sexual é comumente cometida por conhecidos, familiares “ou adultos em cargos de confiança, como treinadores esportivos, membros do clero, a polícia, professores e empregadores” (UNICEF, 2006).

Nos dados nacionais, a pesquisa do IPEA revela que pais ou padrastos são 24,1% e amigos ou conhecidos são 32,2% dos agressores de vítimas infantis (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Conforme a idade da vítima aumenta, cresce o percentual de agressores desconhecidos, sendo esses 60,5% do total entre as vítimas adultas (2014).

Os registros policiais fluminenses têm os agressores desconhecidos predominantes, seguidos por pais/padrastos e parentes das vítimas. Semelhantemente, para as vítimas notificadas na Saúde Pública, 42,2% foram de agressores desconhecidos, 20,4% parentes ou parceiros íntimos/ex, e 37,4% outros conhecidos, como vemos na tabela 20. O grau de relacionamento íntimo ou de parentesco com a vítima é menor do que o verificado no conjunto

das violências. Porém, a proximidade com o estuprador é predominante, aumentando esta razão conforme diminui a faixa etária, igualmente ao que foi constatado na pesquisa nacional do IPEA (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Entre crianças de 0 a 9 anos, em acordo com o diagnóstico da UNICEF, parentes são 32,8% dos agressores e conhecidos 59%. Já entre mulheres acima de 18 anos, desconhecidos são a maioria dos agressores.

**Tabela 19: Relação da Vítima com Agressor de Estupro, por Faixa Etária da Vítima, 2009 a 2014, no ERJ**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Desconhecido</b>	<b>Parente/ Parceiro íntimo</b>	<b>Conhecido</b>	<b>Total</b>
<b>0 a 9</b>	60	238	428	726
	8,3%	32,8%	59,0%	100,0%
	3,0%	24,2%	23,8%	15,1%
<b>10 a 17</b>	592	342	752	1686
	35,1%	20,3%	44,6%	100,0%
	29,2%	34,8%	41,8%	35,1%
<b>18 a 39</b>	1141	309	508	1958
	58,3%	15,8%	25,9%	100,0%
	56,3%	31,4%	28,2%	40,7%
<b>40 a 59</b>	204	86	100	390
	52,3%	22,1%	25,6%	100,0%
	10,1%	8,7%	5,6%	8,1%
<b>60 +</b>	30	8	11	49
	61,2%	16,3%	22,4%	100,0%
	1,5%	0,8%	0,6%	1,0%
<b>Total</b>	2027	983	1799	4809
	42,2%	20,4%	37,4%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

São frequentes os casos de estupros por múltiplos agressores, esses podem deixar sequelas psicológicas mais severas, além de aumentar o risco de transmissão de DSTs (BLAKE ET AL, 2014). O estupro praticado por múltiplos agressores aparece entre 10% e 20% dos casos, na literatura (BLAKE ET AL, 2014. CERQUEIRA; COELHO, 2014). No Brasil, cerca de 15% dos estupros notificados no SINAN tiveram dois ou mais agressores envolvidos (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No Rio de Janeiro, verificamos que o estupro praticado por dois ou mais agressores aparece em 17,4% dos casos, acima da média nacional. Para adolescentes entre 10 e 17 ocorreu com a maior proporção, em 20,7% dos casos, como na tabela 20.

**Tabela 20: Quantidade de Agressores por Estupro e Faixa Etária da Vítima, 2009 a 2014, no ERJ**

Faixa Etária	Quantidade de Agressores			
	Um	Dois ou +	Missing	Total
0 a 9	514	95	117	726
	70,8%	13,1%	16,2%	100,0%
	14,3%	11,4%	29,9%	15,1%
10 a 17	1228	349	109	1686
	72,8%	20,7%	6,5%	100,0%
	34,3%	41,8%	27,9%	35,1%
18 a 39	1498	326	134	1958
	76,5%	16,6%	6,9%	100,0%
	41,8%	39,0%	34,3%	40,7%
40 a 59	302	61	27	390
	77,4%	15,6%	6,9%	100,0%
	8,4%	7,3%	6,9%	8,1%
60 +	41	4	4	49
	83,7%	8,2%	8,2%	100,0%
	1,1%	,5%	1,0%	1,0%
Total	3583	835	391	4809
	74,5%	17,4%	8,1%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### **Procedimentos na Saúde**

O estupro aumenta a possibilidade de contrair DSTs e de gravidez não desejada, por isso o Ministério da Saúde criou Norma Técnica que define protocolo de procedimentos. De acordo com o Ministério da Saúde, “entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico.” (MS, 2012. Pág. 27). Há grupos de maior vulnerabilidade, “entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é maior quando comparada com grávidas não expostas a este tipo de violência. Da mesma forma, crianças apresentam maior vulnerabilidade para as DST pela imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores.” (Idem, pág. 27). Por essa razão, verificaremos as formas de penetração e profilaxia adotadas, adiante.

Dos 4.809 estupros registrados em nossa base de dados, na maioria dessas notificações houve penetração vaginal, foram 3.184 casos, a penetração oral em 1.031, e a anal em 1007, como na tabela 21. As penetrações anal e vaginal, carregam os riscos de DSTs, verificamos que essas concentram-se nas taxas de 10 a 17 anos, com frequência de 1.452, e de 18 a 39 anos, de 1.879, ambas somando 64% dos casos. Crianças de 0 a 9 são 438 casos, ou 8% desses, e idosas são 40, ou 1%.

**Tabela 21: Frequências e Percentuais de Formas de Penetração de Estupro, por Faixas Etárias, de 2009 a 2014, no ERJ**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Oral</b>	<b>Anal</b>	<b>Vaginal</b>
<b>0 a 9</b>	65	127	311
	6,3%	12,6%	9,8%
<b>10 a 17</b>	267	299	1153
	25,9%	29,7%	36,2%
<b>18 a 39</b>	582	455	1424
	56,5%	45,2%	44,7%
<b>40 a 59</b>	111	116	266
	10,8%	11,5%	8,4%
<b>60 ou +</b>	6	10	30
	0,6%	1,0%	0,9%
<b>Total</b>	1031	1007	3184
	100,0%	100,0%	100,0%

O protocolo estipulado pela Norma Técnica prevê procedimentos para os estupros com penetração vaginal e anal. São eles as profilaxias e anticoncepção de emergência, aborto previsto em lei e as coletas para exames. A anticoncepção de emergência deve ser prescrita a todas as adolescentes e mulheres que tenham tido contato com sêmen, por ejaculação vaginal, e que não estejam em uso de método anticonceptivo eficiente. As profilaxias, por sua vez, apenas não são recomendadas nos casos de exposição crônica e repetida com o agressor, ou quando houve o uso de preservativo durante toda a violência sexual.

Realizaram-se, de 2009 a 2014, 1.326 procedimentos anticonceptivos, em 41,6% dos casos de penetração vaginal, como na tabela 22. Mesmo entre mulheres de idade fértil, de 18 a 39 anos, os anticonceptivos foram aplicados em somente 52,2% dos casos. Entre as meninas de 10 a 17 anos, maioria em idade fértil, foram 41% dos casos, e entre as de 40 a 59, metade do grupo em idade fértil, foram 36%.

A gravidez em decorrência do estupro notificado foi relatada em 404 casos, ou em 7% daqueles com penetração vaginal. No período, foram notificados 38 procedimentos de aborto legal, o que significa 16% das gravidezes relatadas como consequência do estupro. Considerando que a recorrência foi relatada em 1.252 notificações de estupro, mas que os casos que ocorreram mais de uma vez podem ser ou não de exposição crônica, e considerando que houve apenas 6 respostas “não se aplica”<sup>50</sup> para o uso de método anticoncepcivo após estupro (e que esses foram preenchidos erroneamente); os dados levantados indicam que o protocolo previsto na Norma Técnica, que evitaria uma gravidez não desejada e garantiria consequentes direitos reprodutivos das mulheres, não estaria sendo plenamente cumprido.

**Tabela 22: Procedimentos Contraceptivos, Gravidez, e Aborto Previsto em Lei de Vítimas de Estupro com Penetração Vaginal, por Faixa Etária, de 2009 a 2014, no ERJ**

Procedimentos	0 a 9	10 a 17	18 a 39	40 a 59	60 +	Total
<b>Contracepcivo</b>	16	467	743	97	3	1326
	1,2%	35,2%	56,0%	7,3%	0,2%	100,0%
	5,1%	40,5%	52,2%	36,5%	10,0%	41,6%
<b>Consequência Gravidez</b>	0	219	176	9	0	404
	0,0%	54,2%	43,6%	2,2%	0,0%	100,0%
	0,0%	19,0%	12,4%	3,4%	0,0%	12,7%
<b>Aborto</b>	0	19	14	4	1	38
	0,0%	50,0%	36,8%	10,5%	2,6%	100,0%
	0,0%	1,6%	1,0%	1,5%	3,3%	1,2%
<b>Total de Estupros Pen. Vaginal</b>	311	1153	1424	266	30	3184
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Segundo o Ministério da Saúde, é alta a prevalência de DST em situações de violência sexual, estudos demonstram que de 16% a 58% delas adquirem pelo menos uma DST, e a contaminação do HIV especificamente, entre 0,8 e 2,7% dessas (MS, 2012). As profilaxias são indicadas nas situações de risco de transmissão, como nas violências sexuais com penetração e exposição a fluidos corporais, independente da presença de lesões e idade da vítima (2012). Verificamos que no Rio de Janeiro, menos da metade das meninas e mulheres vítimas de estupro receberam as profilaxias recomendadas. A profilaxia para a Hepatite B foi aplicada em 1.816 vítimas de estupro, 37,8% do total, para o HIV em 2.418, ou 50,3%, e para as DSTs Não Virais

<sup>50</sup>Segundo o Instrutivo do Ministério da Saúde, somente “Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrculos referentes à “Coleta de secreção vaginal”, “Contracepcão de emergência” e “Aborto previsto em lei” com a opção “8-Não se aplica”. **CAMPO ESSENCIAL.**” (MS, 2015. Pág. 44).

em 2.650, ou 55,1%, como na tabela 23. O percentual de *Missings* para os procedimentos da Hepatite B é o mais alto, de 30,1%, para HIV de 25%, e para DSTs não virais 23,4%.

**Tabela 23: Frequências e Percentuais de Procedimentos Profiláticos, de 2009 a 2014**

	<b>Vaginal</b>	<b>Percentual</b>	<b>Sêmen</b>	<b>Percentual</b>	<b>Sanguíneo</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sim</b>	280	5,8%	110	2,3%	2046	42,5%
<b>Não</b>	2589	53,8%	2823	58,7%	1378	28,7%
<b>Não se Aplica</b>	5	0,1%	6	0,1%	5	0,1%
<b>Missing</b>	1935	40,2%	1870	38,9%	1380	28,7%
<b>Total</b>	4809	100,0%	4809	100,0%	4809	100,0%

Adicionalmente, os procedimentos de coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal, da mulher que sofre violência sexual, são essenciais para averiguar a existência de DST, HIV ou hepatite, anteriores ao estupro (2012, pag. 40), além da identificação de achados que constituam provas médico-legais, tanto para a comprovação do crime, como para a identificação do agressor. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais” (2012, pág. 50).

A coleta de sangue foi o procedimento que mais ocorreu, em 42,5% dos casos, com o menor percentual de fichas não preenchidas, 28,7%. Contudo, a grande maioria de casos de estupro não passou recolhimento de material para a comprovação material do crime, a coleta de sêmen ocorreu em apenas 2,3% do total de estupros e vaginal 5,8%.

Ou seja, a norma técnica a vítimas de violência sexual, que prevê protocolos para a prevenção de doenças, hospitalização, gravidezes não desejadas e óbitos, e viabiliza a culpabilização de agressores, não é cumprida em considerável parte dos estupros notificados.

### **Algumas considerações**

Verificamos aqui que o estupro coletivo de meninas e mulheres, não é monstruosa exceção, mas horror diário contra trajetórias e vidas no estado do Rio de Janeiro, no Brasil e no mundo, o que exige urgentes ações governamentais e do SUS para o seu enfrentamento. No Rio de Janeiro, 1/5 dos estupros, notificados por unidades de saúde, são praticados por dois ou mais agressores. Em 2014, 7,6% das notificações de estupro de vítimas do sexo feminino, pelo SUS, foram contra bebês e crianças de 0 a 4 anos. Essa exata mesma proporção foi registrada pelas delegacias de polícia, o equivalente a 359 estupros contra crianças de 0 a 4 anos, do total de 4.725 vitimizações. A barbárie está entre nós, não na aberração distante, e sim na transformação

cotidiana dos corpos, até mesmo de bebês, em objetos de dominação e lucrativo consumo. A reprodução dessa violência se dá através da divisão sexual do mundo, quando desde o nascimento o sexo feminino é destinado a tornar-se mulher pela sujeição à dominação masculina.

Verificamos, assim, que o protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual não é cumprido em considerável parte dos casos. As fragilidades da presença da Saúde nas redes de proteção e enfrentamento às violências sexuais precisariam ser alteradas através de 1) atuação intersetorial, através de maciças campanhas e inclusão efetiva nos currículos escolares, do combate às desigualdade e violência de gênero; 2) inclusão nos currículos universitários e técnicos, dos profissionais de saúde, dos métodos de prevenção e promoção de saúde de pessoas em situação de violência, em especial a violência de gênero (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012); 3) estabelecimento de políticas de Estado que garantam formação continuada, recursos humanos, atuação em rede intra e intersetorial; e 4) investimentos na melhoria da qualidade dos dados da notificação das violências pelo SUS, interligação desses à Segurança Pública, à Assistência Social e aos núcleos jurídicos especializados.

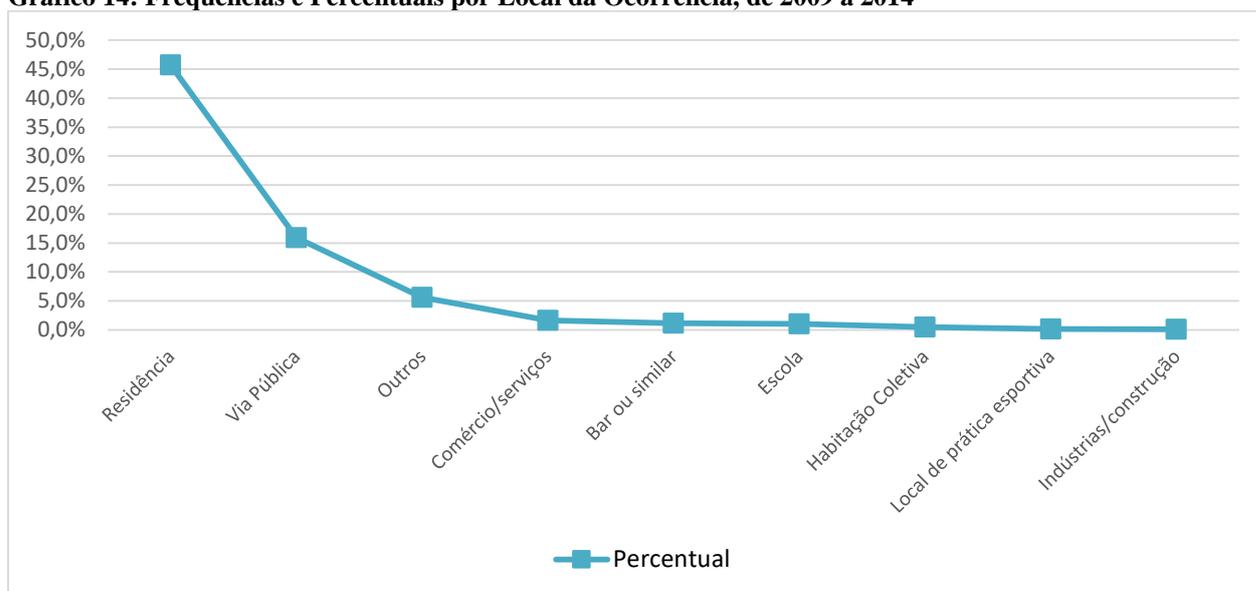
#### **IV) Local da Agressão:**

A maior parte das violências contra a mulher ocorre dentro de casa. Foram 22.708 notificações que ocorreram no ambiente doméstico das meninas e mulheres agredidas, o equivalente a 67% dos locais notificados, conforme o gráfico 14 e tabela 24. As vias públicas são o 2º maior local de ocorrências, com 22,1% das notificações válidas, seguidas por locais comerciais ou serviços.

Somados os percentuais de violências ocorridas em espaços privados, residenciais e de habitação coletiva, esses ocorreram em 64,3% dos casos, e em espaços públicos em 27,9%. A pesquisa com dados do Disque Denúncia encontrou um predomínio da violência doméstica ainda maior, 92,6% das denúncias ocorrem em locais residenciais (MACHADO, 2008).

Tal predominância da violência doméstica foi apresentada na literatura, anteriormente, corresponde aos dados sobre grau de relacionamento com os agressores acima expostos, de predomínio de agressores parceiros conjugais ou parentes.

**Gráfico 14: Frequências e Percentuais por Local da Ocorrência, de 2009 a 2014**



**Tabela 24: Frequências e Percentuais por Local da Ocorrência, de 2009 a 2014**

Local	Frequência	Percentual	Percentual Válidos
Residência	22708	45,7%	63,6%
Via Pública	7893	15,9%	22,1%
Outros	2789	5,6%	7,8%
Comércio/serviços	833	1,7%	2,3%
Bar ou similar	570	1,1%	1,6%
Escola	525	1,1%	1,5%
Habitação Coletiva	234	0,5%	0,7%
Local de prática esportiva	84	0,2%	0,2%
Indústrias/construção	57	0,1%	0,2%
Missing	13958	28,1%	-
<b>Total</b>	<b>49651</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

#### V) Encaminhamentos Intersectoriais:

A intersectorialidade no atendimento a meninas e mulheres é considerada uma questão central por movimentos sociais, manifesto nas últimas conferências de mulheres e respondida através de políticas e legislações nacionais e estaduais, no Rio de Janeiro. A pesquisa de SCHRAIBER et al (2005), foi uma das primeiras a analisar o conjunto de decisões e ações

tomadas por mulheres que lidam com a violência doméstica – denominada de “rota crítica” (SAGOT, 2000) – refletindo sobre a importância do uso da rede e quantificam sua utilização. Em entrevistas a mulheres em situação de violência, 44,5% dessas relataram ter procurado ao menos uma instituição, em São Paulo, e 21,9%, na Zona da Mata, região rural de Pernambuco (Pág. 138). Entre as que buscaram serviços, 55% das paulistas e 21,9% das pernambucanas buscaram ao menos duas instituições. Os serviços de polícia, saúde, religiosos e jurídicos aparecem como os mais procurados (2005).

Entre iniciativas de funcionamento em rede intersetorial, destacamos o Programa Mulher Viver Sem Violência, que criou centros de atendimentos integrados, e a Portaria para atendimento integrado às vítimas de violência sexual, de 25/03/2015, que institui a aceitação de coleta de material e exames clínicos realizados em unidade de saúde, para serem anexados a possíveis processos criminais. Tal Portaria é posterior ao período investigado nessa pesquisa, contudo, demonstra o desdobramento de uma série de recomendações e protocolos que redes e serviços especializados propõem. O objetivo comum é atenuar o sofrimento da menina ou mulher, não repetindo sua exposição em diferentes órgãos, revitimizando-a, e oferecer a celeridade necessária para a garantia da promoção da saúde e segurança.

Outro serviço nacional para atendimento intersetorial e direto ao público, o teleatendimento “Ligue 180”, anunciado como a “porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher” (BRASIL, 2015).

Tem havido melhorias no atendimento em rede, segundo Schraiber e Oliveira (2013), contudo, colocam que

“Apesar do avanço representado pelas iniciativas legislativas, políticas públicas e de organização e distribuição social de serviços voltados especificamente à violência contra a mulher (como Delegacias de Defesa da Mulher, abrigos, serviços de atendimento à violência sexual, defensorias da mulher, Varas especiais para violência doméstica e intra-familiar, centros de referência etc.), muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito tanto à qualidade da assistência oferecida em cada serviço e a capacidade de bem responder à busca por ajuda por parte das mulheres em suas rotas para lidar com a violência que experimentam, quanto à articulação dos serviços entre si.” (2013, Pág. 137).

Na ficha do SINAN aparecem 13 serviços de encaminhamento, conforme apresentamos na tabela 25, com exceção do serviço sentinela, pois este não é atendimento especializado, mas sim um sistema de vigilância sanitária. O encaminhamento para outra unidade de saúde foi o mais frequente, ocorreu em 16.110 casos, ou em 32,4% do total, quase 60% dos válidos.

O atendimento a crianças e adolescentes, menores de 18 anos, pelo Conselho Tutelar, e/ou Juizado de Infância e/ou Ministério Público é obrigatório em caso de suspeita ou confirmação de violência, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,

2003). Das 8.779 notificações que marcaram encaminhamento a Conselho Tutelar, 8.169 referiam-se a vítimas entre 0 e 17 anos, das 919 encaminhadas à Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA), 800 eram menores de 18 anos, das 502 à Vara da Infância e da Juventude, 436 referiam-se a menores, e das 811 ao Ministério Público da União (M.P.U.), 231 referiam-se a menores de 18 anos. Assim, podemos verificar que das 15.412 notificações de vítimas abaixo de 18 anos, cerca de 40% não tiveram notificação de direcionamento aos órgãos competentes, como cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes.

As delegacias comuns foram cerca de 1/3 dos encaminhamentos com respostas válidas. As delegacias especializadas em atendimento a mulheres (DEAMS), foram 30,3%, os órgãos especializados a atendimento de mulheres foram 4.095, ou 17,7%, e abrigos não atingiram um ponto percentual. Constatamos, dessa forma, que os serviços intersetoriais, que poderiam oferecer assistência qualificada a mulheres vítimas de violência, não foram acionados em mais da metade das respostas válidas. A assistência social foi acionada em 7,1% das respostas válidas, e outros serviços em 13,1%.

**Tabela 25: Frequências e Percentuais de Encaminhamento Intersetorial, de 2009 a 2014**

Encaminhamento	Sim		Não		Missing		Total	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
<b>Saúde</b>	16110	32,4%	3423	6,9%	22476	45,3%	49651	100,00%
<b>ConselhoTutelar</b>	8779	17,7%	17157	34,6%	23715	47,8%	49651	100,00%
<b>Delegacia</b>	7775	15,7%	16169	32,6%	25707	51,8%	49651	100,00%
<b>Deam</b>	7276	14,7%	16703	33,6%	25672	51,7%	49651	100,00%
<b>Mulher</b>	4095	8,2%	18994	38,3%	26562	53,5%	49651	100,00%
<b>Outros</b>	2734	5,5%	18146	36,5%	28771	57,9%	49651	100,00%
<b>IML</b>	1802	3,6%	20139	40,6%	27710	55,8%	49651	100,00%
<b>Creas</b>	1545	3,1%	20299	40,9%	27807	56,0%	49651	100,00%
<b>DPCA</b>	919	1,9%	21914	44,1%	26818	54,0%	49651	100,00%
<b>MPU</b>	811	1,6%	21232	42,8%	27608	55,6%	49651	100,00%
<b>Vara da Infância</b>	502	1,0%	22278	44,9%	26871	54,1%	49651	100,00%
<b>Abrigo</b>	144	0,3%	22588	45,5%	26919	54,2%	49651	100,00%

## VI) Recorrências

Quase 1/3 das violências se repetem. Foram notificadas 14.619 recorrências, de 2009 a 2014, 29,8% do total de notificações, como na tabela 26. Para averiguarmos os fatores de risco de recorrências, o modelo de regressão que geramos exclui as fichas sem resposta para recorrências, assim, o total do banco passa para 26.224 notificações, e as violências repetidas são 55,7% desse total. Entre os casos de estupro, ¼ são notificados como violências recorrentes<sup>51</sup>, e no modelo gerado, a repetição do estupro sobe para 1/3.

**Tabela 26: Frequências e Percentuais de Repetição de Todas as Violências e Estupros, de 2009 a 2014**

Repetição	Todas as Violências				Estupros			
	Frequência	%	Frequência Válidos	%	Frequência	%	Frequência Válidos	%
Sim*	14619	29,4%	14619	55,7%	1252	26,0%	1252	33,5%
Não	11605	23,4%	11605	44,3%	2480	51,6%	2480	66,5%
Missings	23427	47,2%	-	-	1077	22,4%	-	-
Total	49651	100,0%	26224	100,0%	4809	100,0%	3732	100,0%

\*Em casos que notificam mais de uma violência, a ficha do SINAN não nos permite saber qual das violências é repetida.

A recorrência dos episódios de violências tem sido estudada nas agressões por parceiro íntimo. Em pesquisa de 2007, que entrevistou 940 mulheres de São Paulo e 1.188 de Pernambuco, violentadas por parceiros íntimos, a resposta para violência repetida foi "muitas vezes" em 53,7% das violências relatadas (SCHRAIBER ET AL, 2007).

Outra pesquisa, que observou o perfil das ocorrências policiais em uma DEAM, no Rio Grande do Sul, coletou 902 ocorrências de 2009 a 2011. Demonstrou que 80% das mulheres vinham sofrendo violências até o momento da denúncia (ACOSTA; GOMES; BARLEM 2013).

## 7.2. Construção e Análise dos Modelos

Como apresentamos anteriormente, o modelo loglinear possibilita-nos prever como cada variável independente afeta a variável dependente. Nesse trabalho podemos verificar o quanto a escolaridade ou a faixa etária podem ser fatores de risco de maior ou menor intensidade para a notificação de estupro ou estupros repetidos. Mais ainda, o modelo loglinear permite-nos isolar o peso de cada variável ao ponto de compararmos a mensuração de diferentes variáveis e verificar qual afeta mais, se escolaridade, idade, raça, zona de moradia ou relação com

<sup>51</sup> Nos casos de mais de uma violência sofrida, a ficha do SINAN não nos permite sabermos qual das violências notificadas é a repetida. Assim, na tabela 26 apresentamos as notificações de estupro e a repetição dessas vítimas em estupro ou qualquer outra violência notificada.

agressor. Este conhecimento é significativo para a compreensão do fenômeno, e para o desenho e aplicação de políticas de enfrentamento à violência contra meninas e mulheres.

### 7.2.1) Seleção das variáveis independentes

Anteriormente apresentamos que a violência contra a mulher é fenômeno mundial e histórico que atravessa classes, idades, culturas, religiões (SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995). Contudo, a literatura apresenta que, paralelamente, pode haver vulnerabilidades ou fatores de risco associados à violência contra mulheres e meninas. A OMS fez uma análise da literatura mundial sobre os fatores de risco e proteção à violência sexual e à violência por parceiros íntimos, até 2010 (OMS, 2010), partindo da revisão literária internacional de Heise & Garcia-Moreno (2002 apud OMS, 2010) sobre violência praticada pelo parceiro íntimo, e de Jewkes & Garcia-Moreno (2002 apud OMS, 2010) sobre violência sexual, até 2002. Tomamos os fatores de risco apresentados pela OMS e aproximamo-nos das variáveis apresentadas no SINAN.

De acordo com a tabela produzida pela OMS, na figura 7 abaixo, o fator idade, destacadamente a juventude, aumenta a probabilidade da mulher sofrer violência conjugal ou sexual, como apresentado por Jewkes, Sem & Garcia-Moreno<sup>52</sup> (2002 apud OMS, 2010). A escolaridade seria outra variável de impacto, os níveis mais baixos apresentam maior probabilidade de sofrer tais violências. Mulheres com baixa instrução teriam de 2 a 5 vezes mais risco de sofrerem violência praticada pelo parceiro íntimo, do que aquelas com alto nível (ACKERSON *ET AL.*, 2008; BOY & KULCZYCKI, 2008; DALAL, RAHMAN & JANSSON, 2009; KOENIG *ET AL.*, 2004; MARTIN, TAFT & RESICK, 2007; TANG & LAI, 2008 apud OMS, 2010). Na Índia, baseada em pesquisa nacional de 1998 a 1999, na qual mulheres podiam declarar se haviam sofrido violência conjugal, pelo método de regressão logística múltipla, constataram que mulheres sem instrução tinham 5,61 vezes mais chances de sofrerem violência conjugal, do que aquelas que têm nível superior (ACKERSON *ET AL.*, 2008).

---

<sup>52</sup> JEWKES R, SEN P, GARCIA-MORENO C (2002). Sexual violence. In: Krug EG et al., eds. **World report on violence and health**, pp. 149–181. Geneva, World Health Organization.

Figura 7

**Fatores de risco para violência praticada pelo parceiro e para violência sexual**

<b>Perpetração pelo homem</b>	<b>Vitimização da mulher</b>
<b>NÍVEL INDIVIDUAL</b>	
<p>DEMOGRAFIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baixa renda</li> <li>▪ Baixo nível de escolaridade</li> </ul>	<p>DEMOGRAFIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juventude</li> <li>▪ Baixo nível de escolaridade</li> <li>▪ Estado civil: separada/divorciada</li> </ul>
<p>EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso sexual</li> <li>▪ Violência intraparental</li> </ul>	<p>EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Violência intraparental</li> </ul>
<p>TRANSTORNO MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalidade antissocial</li> </ul>	<p>TRANSTORNO MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depressão</li> </ul>
<p>USO DE SUBSTÂNCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso nocivo de álcool</li> <li>▪ Uso ilícito de drogas</li> </ul>	<p>USO DE SUBSTÂNCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso nocivo de álcool</li> <li>▪ Uso ilícito de drogas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceitação da violência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceitação da violência</li> </ul>
<b>NÍVEL RELACIONAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parceiros múltiplos/infidelidade</li> <li>▪ Baixa resistência à pressão de pares</li> </ul>	
<b>NÍVEL COMUNITÁRIO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sanções comunitárias fracas</li> <li>▪ Pobreza</li> </ul>	
<b>NÍVEL SOCIAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normas de gênero e sociais tradicionais que toleram a violência</li> </ul>	

(OMS, 2010. P. 21.)

Na literatura nacional, as publicações de registros estaduais ou nacionais preocuparam-se, majoritariamente, em descrever os perfis das vítimas, dos agressores e dos tipos e formas de violência. Nessas, a maioria das variáveis comumente utilizadas são as mesmas das elencadas pela OMS, para os possíveis fatores de risco: idade, situação conjugal, relação com o agressor; além de local/zona de moradia e raça/cor (ISP, 2011; 2012; 2013; 2014; 2015. ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013. BRASIL; SENADO FEDERAL, 2013) e renda (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2004).

Sobre a ocorrência de estupro, temos fatores semelhantes. Destacadamente, a violência atingiria especialmente crianças e adolescentes. Dados de sistemas da justiça e centros para crises por estupros do Chile, Malásia, México, Papua Nova Guiné, Peru e Estados Unidos, identificaram que entre um a dois terços de todas as vítimas de agressão sexual teriam até 15 anos, embora a OMS pondere que pode haver viés pela ênfase, por tais sistemas judiciais, a determinados tipos de violência sexual como a exploração sexual infantil (OMS, 2010).

Em pesquisa amostral sobre o estupro, com mais de 8 mil entrevistadas nos Estados Unidos, 16,7% das mulheres estupradas desconheciam seus agressores, mais da metade das

vítimas sofreu o estupro antes dos 18 anos, 85,5% desses crimes ocorreram em locais privados, e 66,6% relataram uso de álcool ou outras drogas pelo agressor (NIJ, 2006).

Relacionada à recorrência de violência sexual, ou especificamente ao estupro, a literatura considera quase os mesmos fatores de (todas as formas) violência contra mulheres. A pesquisa norte americana revela que 18,3% das mulheres que relataram estupro antes dos 18 anos, sofreram mais de um estupro, em contraste com 8,7% daquelas que não reportaram antes dos 18 anos (Ibidem, 2006. P. 20).

Pesquisa sobre o estupro no Brasil, a partir de dados do SINAN de 2011, constata que quando o agressor é parente, a chance de recorrência é 3,48 vezes maior, em relação a outros conhecidos (com exceção de parceiros íntimos), e quando é parceiro íntimo a chance é 2,6 vezes maior (CERQUEIRA & COELHO, 2014. P.20-1). Vítimas com baixa escolaridade, até o ensino fundamental incompleto, têm 2 vezes mais chances de sofrer estupro recorrente do que aquelas com ensino superior, e aquelas que residem em áreas rurais, 20% mais chances que as em áreas urbanas (Ibidem).

Tomando a citada literatura como referência, testamos todas as relatadas variáveis independentes em nosso modelo, para verificarmos sua significância e probabilidade de impactar na recorrência das violências notificadas no SINAN do Estado do Rio.

### 7.2.2) Regressão logística

Ao considerarmos todas as formas de violência notificadas contra meninas e mulheres, o modelo abaixo prediz-nos que são maiores as chances de se repetir qualquer forma de violência se a vítima já foi parceira íntima do agressor, se é idosa, se está separada, se o local da agressão foi residencial e se o agressor não fazia uso de álcool, como na tabela 27.

**Tabela 27: Modelo de Regressão Logística para a Probabilidade de Violências Repetirem-se**

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
<b>Relação com Agressor</b>	-	-	1600,116	3	0,000	-
<b>Desconhecido (0)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Cônjuge/ex/namorado/ex (1)</b>	2,426	,081	886,632	1	,000	11,310
<b>Parente (2)</b>	1,917	,096	400,867	1	,000	6,797
<b>Conhecido (3)</b>	,859	,082	109,569	1	,000	2,361
<b>Suspeita de Uso de Álcool pelo Agressor</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Sim (0)</b>	-	-	-	-	-	-

<b>Não (1)</b>	,231	,039	34,242	1	,000	1,260
<b>Local</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Público (0)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Residencial (1)</b>	,493	,046	114,447	1	,000	1,637
<b>Faixa Etária</b>	-	-	119,113	3	,000	-
<b>0 a 17 anos (0)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>18 a 39 anos (1)</b>	,163	,060	7,401	1	,007	1,177
<b>40 a 59 anos (2)</b>	,379	,073	27,226	1	,000	1,460
<b>60 anos ou + (3)</b>	1,240	,121	104,583	1	,000	3,455
<b>Situação Conjugal</b>	-	-	6,698	2	,035	-
<b>Solteira/ Viúva (0)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Separada (1)</b>	,228	,089	6,477	1	,011	1,256
<b>Casada/União Estável (2)</b>	,005	,045	,011	1	,916	1,005
<b>Constant</b>	-,461	,156	8,710	1	,003	,631

A relação com o agressor aparece como o fator de risco de maior impacto na probabilidade de violências serem recorrentes contra meninas e mulheres. Se a violência foi praticada por cônjuge/ex ou namorado/ex, a chance de repetição é 11,3 maior do que se fosse por desconhecido. Sendo o agressor parente, as chances de violência recorrente seriam 6,8 vezes maior do que sendo desconhecido.

No já citado estudo sobre o Disque Denúncia Mulher, ex/parceiros são 87% dos agressores, e através de modelagem loglinear<sup>53</sup>, Machado calcula que a chance de que o autor da violência tenha relacionamento com a vítima é 4,32 vezes maior do que com aqueles que são apenas conhecidos da vítima. Estudos amostrais em unidades de saúde confirmam que a recorrência da violência por parceiro íntimo é predominante também entre o universo geral das atendidas, em amostra com n= 2.577, 59% das mulheres atendidas já haviam passado por violência repetida (SCHRAIBER, BARROS, CASTILHOS, 2010). Considerando as especificidades da violência sexual e estupro, comentadas anteriormente, Cerqueira e Coelho levantaram que o parentesco não-conjugal com a vítima, contudo, é o fator de maior risco, em comparação com autores desconhecidos (Ibidem, 2014). Para que pudéssemos comparar esses

<sup>53</sup> Método estatístico semelhante ao que utilizamos nesta dissertação.

dados produzidos com as especificidades de cada tipo de violência, nos quais outros autores se debruçaram, precisaríamos isolá-las em cada modelo. Porém, como explicamos na metodologia desse trabalho, não foi possível gerar modelos de regressão com os dados do SINAN/RJ, pois esse apresenta grande perda de informação.

As mulheres separadas/divorciadas aparecem com 25% mais chances de sofrerem violências, do que mulheres solteiras ou viúvas, o que condiz com a literatura. Todavia, comparativamente, é destoante que a situação conjugal de casadas/união estável não apresente significância no modelo. Este resultado pode apontar-nos, assim, que é necessário aperfeiçoar a coleta dessa informação, seja pela ampliação de categorias que condigam com a fluidez das dinâmicas de relacionamento, seja com melhor treinamento técnico para que os relatores dos dados saibam melhor traduzir as repostas dentre as opções possíveis na ficha do SINAN.

As idosas situam-se como aquelas com maior probabilidade de sofrer recorrência de violências, 3,4 vezes a mais do que meninas de 0 a 17 anos. Esse dado causou-nos estranhamento, a princípio. Contudo, recordarmos que a pioneira pesquisa de Araújo já apontava, com dados do atendimento do CIAM na década de 90, que a maioria das usuárias fluminenses demorava em média 10 anos para denunciar seu conflito conjugal (ARAÚJO, 2001). Nesse sentido, o fato das mulheres mais velhas poderem estar expostas a mais tempo a violências, talvez seja uma das razões pelas quais passam por mais recorrências, assistidas em unidades de saúde. Outra possibilidade é que haja melhor preparo técnico para detectar agravos nesse grupo etário.

A chance de uma vítima sofrer violência repetida, quando essa ocorre em locais residenciais é 60% maior do que aquela que ocorre em locais de circulação pública (mesmo que sejam propriedades privadas, como comércio e locais de trabalho). Esse dado, assim como a relação próxima com os agressores, vem ao encontro das pesquisas que apontam a violência contra a mulher como aquela que ocorre no espaço doméstico ou intrafamiliar. Para observarmos se o recorte etário entre maiores e menores de 18 pode alterar possíveis fatores de risco, comparamos na tabela abaixo esses modelos.

**Tabela 29: Modelo de Regressão Logística para a Probabilidade de Violências Repetirem-se contra Menores ou Maiores de 18 anos**

Variáveis	Menores de 18 Anos						Maiores de 18 Anos					
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Relação com Autor	-	-	195,903	3	,000	-	-	-	1355,653	3	,000	-
Desconhecido (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cônjuge/ex/ namorado/ex (1)	1,995	,206	93,635	1	,000	7,351	2,433	,090	730,810	1	,000	11,390

Parente (2)	1,968	,188	109,579	1	,000	7,156	1,934	,111	301,976	1	,000	6,914
Conhecido (3)	,743	,177	17,638	1	,000	2,102	,939	,092	103,771	1	,000	2,557
Local	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Público (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Residencial (1)	,773	,110	49,745	1	,000	2,165	,477	,051	89,008	1	,000	1,611
Uso de Álcool pelo Autor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não (1)	,124	,105	1,381	1	,240	1,132	,242	,042	32,730	1	,000	1,274
Situação Conjugal	-	-	1,739	2	,419	-	-	-	11,382	2	,003	-
Solteira/ Viúva (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Separada (1)	1,362	1,317	1,069	1	,301	3,904	,297	,088	11,356	1	,001	1,346
Casada/União Estável (2)	-,171	,215	,632	1	,427	,843	,038	,045	,722	1	,396	1,039
Constant	-1,970	,167	138,632	1	,000	,139	-1,711	,087	383,960	1	,000	,181

\* em vermelho, p-valor acima de 0,050, informando não significância da categoria.

Como podemos observar, o recorte etário mostra que parceiros íntimos mantêm-se como os autores de violência de maior probabilidade, mesmo entre as meninas menores de 18 anos. Embora as chances de recorrência entre as maiores de 18 anos seja 11,4 vezes maior, enquanto entre as meninas menores de 18 anos seja 7,4 vezes maior, em comparação com os autores desconhecidos. Adicionalmente, faz sentido que a situação conjugal aparece como variável significativa apenas para as adultas, e entre estas a chance da vítima recorrente ser separada é 35% maior do que ser solteira.

Sobre a variável de uso de álcool pelo autor da violência, essa perde a significância entre as vítimas até 17 anos e se mantém igual para as maiores de 18 anos.

A violência repetida aparece como predominante nas residências, para meninas e mulheres. Para as meninas até 17 anos, são maiores as 2,2 vezes maiores as chances de sofrer violência repetida em local residencial, em comparação com local público, enquanto para as mulheres a partir de 18 anos, essas chances são 1,6 vezes maiores.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho buscou demonstrar a gravidade e extensão da violência contra meninas e mulheres no estado do Rio, através da notificação das violências pelas unidades de saúde, e da análise descritiva das características e fatores de risco associados. É de suma importância, para toda a sociedade, que aprofunde-se o conhecimento e enfrentamento das dinâmicas que afetam meninas e mulheres em situação de violência, desde o nascimento até a vida idosa, para que avancemos no processo civilizatório. As causas e consequências, que retroalimentam-se através da cultura patriarcal, da cultura do estupro, da objetificação de corpos e vidas, da adultalização e erotização das crianças, das significativas taxas de morbimortalidade, do impacto sócio-econômico, da desintegração de laços afetivos, familiares e comunitários, e do feminicídio, afetam a sociedade como um todo.

No campo da saúde, como demonstrado, tais consequências são notórias. As mulheres que mais experimentam violências, são as que mais utilizam os serviços de saúde. Mesmo após a cessação da violência, continuam sendo a maior parte do público feminino que depende de atendimento médico, psicológico e farmacêutico (FANSLOW; ROBINSON, 2004. SCHRAIBER; BARROS; CASTILHOS, 2010; RIVARA ET AL, 2007).

A repetição da violência claramente agrava esse quadro. As implicações na saúde de meninas e mulheres em recorrente situação de violência, são muitas: propensão a quadro precário ou muito precário de saúde; sofrimento emocional e de tentativas de suicídio; problemas de saúde mental; riscos relativos aumentados para tentativa de suicídio; agravos do sistema digestivos; aumento da probabilidade de aborto; aborto espontâneo; natimortos; bebês prematuros e baixo peso ao nascer; maior vulnerabilidade ao vírus HIV e DSTs. Além das consequências para os filhos de casais em situação de violências, que sofrem uma série de distúrbios comportamentais e emocionais, e tornam-se mais propensos a passarem por situação de violência na vida adulta, retroalimentando esse ciclo (OMS, 2015).

O impacto é também econômico. A produtividade no trabalho declina, o que se reflete na diminuição da geração de renda nacional e no aumento de gastos públicos com licenças e pensões precoces, além de gastos em serviços de saúde, de segurança pública e jurídicos (OMS, 2010; 2015; SOARES, 2006). No contexto nacional de altíssimas taxas de homicídios, majoritariamente contra homens jovens e pobres, as estimativas dos elevados gastos financeiros demonstram como uma sociedade violenta também afeta sua economia. Nos serviços de saúde públicos e privados, o tratamento dos agravos consequentes das violências despense cerca de 1,9% do P.I.B. brasileiro (OMS, 2002), valor acima do investimento público em saúde, de 1,8%

do PIB em gastos diretos e indiretos<sup>54</sup> (OCKÉ-REIS, 2014). Ou seja, o mais cético dos céticos, ou dos mais indiferentes, sobre a ainda atual e violenta desigualdade de gênero, deveria ao menos se preocupar com aquilo que pode atingir a sua família, propriedade e economia.

Coexistem avanços e retrocessos na igualdade de direitos, assim como a teia de relações e fatores de risco e proteção têm diferentes nuances, ou mesmo distintas configurações, em diferentes ambientes socioeconômicos culturais. A vigilância sanitária, a gestão pública, o planejamento, monitoramento, avaliação e análise de políticas ainda carecem da elaboração de pesquisas quantitativas e qualitativas, que revelem como se dão as relações de violência, em quais interações, e se as respostas oferecidas pelos serviços públicos são suficientes e eficientes para a prevenção, promoção de saúde, enfrentamento a violências e estímulo à cultura de paz.

### **8.1 Resultados da Análise Descritiva**

O objetivo deste trabalho foi, primeiro, analisar as violências notificadas, por unidades de saúde, contra meninas e mulheres no estado Rio de Janeiro, através do SINAN-Violência/RJ, no período de 2009 a 2014. Segundo, utilizando o mesmo banco de dados do SINAN/RJ, examinamos possíveis fatores de risco associados à repetição das violências notificadas, em conjunto, contra usuárias do sexo feminino.

A verificação de todo o banco de dados do SINAN de notificações de violências contra o sexo feminino, permitiu-nos fazer um amplo levantamento dos perfis das meninas e mulheres em situação violência, apresentar as informações disponíveis sobre os autores das violências, e sobre as violências praticadas em si, sem restringir a observação a violências, agravos ou públicos específicos.

Adicionalmente, pudemos averiguar possíveis fatores de risco de recorrência de violências contra meninas e mulheres, a nível estadual. Como a OMS aponta, a grande maioria dos estudos oferece “um delineamento transversal, em vez de longitudinal, portanto, fornece evidências limitadas de causalidade” (2015, P.6). Devido à baixa qualidade da informação, nosso estudo foi exploratório e não tivemos a pretensão de afirmar relações de causa e efeito. Contudo, a realização da análise descritiva estadual e dos possíveis fatores de risco para recorrência das violências, abre campo para futuros desdobramentos e aponta para a necessidade de melhoria da qualidade de informação.

---

<sup>54</sup> Sem somarmos as contribuições por renúncia fiscal a pagamento de planos privados de saúde.

Na análise descritiva, para levantarmos o perfil das usuárias que notificaram ter sofrido violências, apresentamos as variáveis idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, zona de residência, orientação sexual e deficiência.

A maioria das atendidas era de mulheres jovens, de 18 a 39 anos, a uma taxa de 258,7 violências notificadas por 100.000 mulheres residentes. Nenhuma das literaturas que encontramos pesquisara taxa de diferentes violências simultaneamente, como apresentamos. Corremos o risco de generalizações, porém esse método possibilitou-nos explorar muitas questões e variáveis, mesmo diante de um banco de dados com muitas falhas de informação.

Tampouco a literatura existente costuma fazer uso de todas as faixas etárias, a partir de zero ano. Esse é um recorte importante para os estudos sobre desigualdade de gênero, pois vimos que a partir de zero e nesta precisa idade temos a brutal taxa de violência sexual, e por assim também de gênero. Assim, nosso resultado reforça que há um perfil etário do sexo feminino, que mais busca o atendimento no SUS, embora o atendimento seja distribuído entre todas as faixas.

A violência perpassa todos os níveis escolares, e apesar da variável escolaridade ter grande perda de informação, o resultado confirmou o esperado, quanto menor a instrução das usuárias, maiores foram as taxas de violência. O nível educacional é apresentado como um fator de risco pela literatura, a interpretação é que a diminuição dos recursos econômicos e o acesso à informação, deixam as mulheres sem acesso a serviços e medidas de proteção e promoção de saúde. Contudo, questionamos que nosso banco possa não ser representativo, pois quanto maior a escolaridade da mulher, mais ela utiliza serviços privados de saúde que não notificam violências pelo SINAN.

Com relação ao quesito raça/cor, a maior taxa do estado é de negras violentadas, 167/100.000 mulheres negras. Porém, problematizamos que a população de pretas e pardas é a maior usuária de todos os serviços do SUS, assim, precisaríamos poder comparar com os totais de mulheres atendidas, o que poderia gerar um viés no resultado, além da enorme subnotificação da variável.

O status de solteira foi o mais presente, porém, consideramos que há uma fluidez na forma como as pessoas apresentam sua situação conjugal, em especial para aquelas que residem com seus parceiros íntimos, mas pela falta de documentação formal preferiram apresentar-se como solteiras, ou mesmo separadas. Fizemos essa inferência, baseados em literatura que registrou haver grande número de mulheres que declararam sofrer violência de seus parceiros, residindo na mesma moradia e com filhos, porém que se declaravam solteiras.

A orientação sexual foi a que teve maior percentual de missings, com quase ausência total de informação no ano de 2013, o que nos causou estranheza visto que foi justamente no ano anterior que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional da População LGBT. Nos dados obtidos do SINAN, houve predominância absoluta de mulheres heterossexuais.

As notificações de mulheres agredidas com deficiências físicas ou mentais apresentaram uma das mais baixas do banco do SINAN, o que não condisse com a literatura. A OMS cita estudos internacionais, que afirmam ser a deficiência um possível fator de risco para mulheres em situação de violência (2010; 2015).

A taxa para as populações rurais e periurbanas mostrou-se maior do que a de populações de zonas urbanas, confirmando a literatura que apresenta as distâncias de equipamentos de proteção do meio rural, como um fator de risco.

Sobre os possíveis autores de violências, os homens são a maioria, 70,1% das fichas válidas, preponderantemente contra mulheres adultas. Mulheres são as que mais agredem meninas de 0 a 9 anos, e 65% dessas crianças têm as próprias mães como agressoras, o que indica que para esses casos a multicausalidade das violências pode estar associada à naturalização das agressões físicas contra crianças (AZEVEDO, GUERRA, 2001).

Constatamos que parceiros íntimos são cerca de 35% dos autores de violências, nas notificações do SINAN/RJ, e se adicionado ao percentual dos agressores com relações de parentesco com a vítima, esses grupos somam a grande maioria dos casos. O resultado é compatível com a literatura, a qual afirma que a violência doméstica ou intrafamiliar, praticada majoritariamente por parceiros íntimos, parentes ou conhecidos é a que mais atinge mulheres em situação de violência (SHAIBER ET AL, 2005). Todavia, há diferenças significativas entre os percentuais de parceiros íntimos autores de violência, averiguados por distintas pesquisas, indicando que ainda precisamos melhorar a qualidade da informação e a padronização de categorias e técnicas de coleta, intersetorialmente.

Chama atenção que quase um quarto das violências tenha sido cometido por mais de um agressor, dado não verificado na literatura. O aprofundamento nesse tema pode nos sugerir caminhos de tratamento dos agressores, indicando que esse não deva ser direcionado apenas ao autor, mas à rede de relações e/ou cultura da violência onde possa estar inserido, no espaço doméstico ou outros espaços coletivos (tais como escolas e bares).

O uso ou ingestão de bebidas alcoólicas pelo autor da violência teve frequência abaixo da verificada em outras literaturas, o que pode apontar para a má qualidade do dado devido ao grande percentual de *missings*.

Sobre as Violências Sofridas, o espaço de ocorrência da violência contra a mulher, segundo os dados do SINAN/RJ, é o doméstico, bem mais frequente que o espaço público, confirmando a literatura.

A localização geográfica das notificações concentraram-se em quatro municípios que ofertaram o maior número de atendimentos a mulheres e meninas em situação de violência, Rio, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Petrópolis, nessa ordem, somando 53% das notificações. Pinheiral e Macaé obtiveram as piores taxas/100.000 habitantes, cerca de 5 vezes maior do que a média.

Ao compararmos, por contraste visual o mapa das taxas de todas as violências notificadas no SINAN/RJ, com as de lesão corporal e estupro registradas pela SESEG, surpreendeu-nos, as concentrações de taxas invertidas em muitos municípios. Ou seja, municípios que tinham maiores concentrações de notificações, tinham menores registros, e vice-versa, independente da presença de equipamentos de atendimento especializados, tais como DEAMs e núcleos jurídicos ou assistenciais. Esse contraste contradiz a interpretação da própria SESEG, que para justificar o crescimento de alguns registros de violência contra mulheres, alega que esses ocorreriam em áreas de DEAMs, dando vazão a uma demanda reprimida, até então. Citamos como exemplo o município de Campos, que registra baixa taxa de lesão corporal dolosa e média taxa de estupro, mesmo com DEAM e NUAM, ao mesmo que pelo SUS notifica uma das mais altas taxas de violências contra mulher, mesmo com baixa cobertura de saúde de família, no ERJ. Ou seja, nosso trabalho aponta que, com tamanha divergência, não se pode inferir que os crimes, em tais áreas, aumentem abaixo dos registros.

Entre os tipos de violências, a violência física foi a de maior frequência, com 29.848 notificações. De 2009 a 2014, verificamos que as notificações aumentaram gradualmente, diferentemente dos registros policiais, que obtiveram redução da lesão corporal dolosa, entre outros. Por outro lado, ressaltamos que houve elevação significativa dos percentuais de homicídios dolosos femininos em 2013 e 2014, cerca de 20%, bem superior à elevação de homicídios masculinos. Assim, indicamos a necessidade de maior aprofundamento no conhecimento das possíveis causas do aumento no grau de letalidade da violência contra a mulher. Para tal, seria necessário acompanharmos trajetórias de registros, em maior série longitudinal, e observarmos se pode haver aumento da intensidade da violência de gênero, ou de outras formas de violências associadas.

Pudemos, ao longo do texto, comparar os registros policiais com as notificações da saúde, além da trazermos dados da literatura referente. Impressiona o volume de quase 50 mil

notificações de diferentes tipos de violência contra meninas e mulheres, no período dos 6 anos estudados. Porém, quando comparados apenas com os registros de crimes de lesão corporal dolosa contra mulheres, feitos pelas delegacias do estado, que foram mais de 56 mil apenas em 2014, fica claro que há grande subnotificação na saúde.

O estupro apresentou-se como a violência sexual predominante, com curva ascendente, diferenciando-se do declínio da taxa nacional, em 2014 (FBSP, 2015). Todavia, o Fórum pondera que podemos ter de 35% a 90% de subnotificação, para os crimes sexuais, de forma que seria necessária uma série mais longa para a confirmação de queda (2015).

Revelamos o baixo cumprimento dos protocolos da Norma Técnica de atendimento a vítimas de violência sexual por profissionais de saúde. Métodos anticoncepcionais, profilaxias e coleta de material para investigação não são realizados para boa ou maior parte das vítimas de estupro. Assim como poucos abortos são encaminhados imediatamente no momento da notificação, demonstrando a falta de garantia de direitos reprodutivos das mulheres.

O referenciamento intrasetorial aparece bem mais frequente do que o intersetorial, segundo o SINAN/RJ, indicando que lógicas de funcionamento cartesianas e insuladas ainda predominam na gestão pública da saúde. A falta de comunicação intersetorial, com a rede de apoio a mulheres em situação de violência, teria entre os seus principais fatores a falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre o funcionamento dos demais órgãos e das medidas protetivas que poderiam garantir tanto às vítimas (SCHRAIBER; BAROS; CASTIHOS, 2010).

## **8.2 Fatores de Risco**

Para interpretarmos nossos achados sobre os possíveis fatores de risco e de proteção individuais, relacionais, comunitários e sociais, tomamos como referência o modelo sócioecológico de análise das violências (OMS, 2010).

Assim, nosso estudo sugere que os fatores de risco individuais, associados ao maior risco de perpetração de situações de violência contra mulheres e meninas, são os que seguem:

- 1) o relacionamento íntimo, o parentesco e a proximidade do autor da agressão com a vítima, mais do que o desconhecimento do agressor;
- 2) o espaço doméstico, mais do que o espaço público;
- 3) o status conjugal de separada, mais do que o de solteira ou viúva, embora consideremos que essa variável possa omitir a fluidez das diversas maneiras informais de autoclassificação da situação conjugal;

4) o envelhecimento, possivelmente pelo progressivo acúmulo de experiências violentas.

5) e, diferentemente da literatura, o não uso do álcool apresentou-se mais associado à recorrência das violências, do que a ingestão desse pelo autor da violência.

Não apresentaram significância no modelo de regressão logística as variáveis, selecionadas de acordo com a literatura, raça, orientação sexual, e zona de moradia, e a categoria casada/união estável da variável situação conjugal.

Consideramos como fatores de risco relacionais aqueles apresentados pela literatura como implícitos nas formas de relacionamento. Sendo o parceiro íntimo o mais provável autor da violência, a provável falta de assistência familiar seria um fator de risco relacional, tido que parentes seriam os principais interlocutores das vítimas, porém sem auxiliá-las (ou mesmo desencorajando-as) no término do relacionamento ou das agressões (D'OLIVEIRA; SKREIBER, 2013). Outro fator relacional seria a permissividade de relações incestuosas, uma vez que vimos destacáveis percentagens de pais da vítima como agressores de estupro, o que adicionalmente cria condições desfavoráveis à proteção de meninas e mulheres contra a violência sexual.

Os fatores de risco comunitários e sociais foram mencionados no contexto histórico e regional das violências contra as mulheres. Esses passam pela violência territorial e comunitária, pelas limitações institucionais de compreensão, priorização e preparo técnico sobre a temática (D'OLIVEIRA; SKREIBER, 2013; CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012; SENADO FEDERAL, 2014); por questões culturais de objetificação do corpo feminino, persistência de características culturais e segmentos sociais patriarcais (SAFFIOTI, 2004; IPEA, 2014b); e pelas desigualdades sociais geradoras e perpetuadoras de vulnerabilidades econômicas, étnicas, sociais, estruturais e de gênero. São ainda fatores de risco sociais a descontinuidade de políticas e o não cumprimento de legislações de enfrentamento a violência contra mulher.

Gostaríamos de destacar a subnotificação com fator de risco institucional, nos serviços de saúde, pois conforme descrevemos ao longo desse trabalho, é grande o hiato entre os avanços legislativos, as propostas políticas, as demandas dos movimentos de mulheres e a visibilidade, monitoramento e avaliação sobre tanto o fenômeno da violência contra a mulher, quanto sobre a produção de resultados de redução ou cessão da violência contra mulheres e meninas.

A subnotificação na saúde é atribuída a diferentes fatores, há pesquisas que apontam que os profissionais da saúde deixam de notificar os agravos por violências, pela frágil

formação profissional na temática (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012); pela deficiência ou ausência de treinamento técnico para a identificação das situações de violência e procedimentos de notificação (Ibidem, 2012; LIMA & DESLANDES, 2015); por recearem envolvimento judicial devido à falta de entendimento sobre as implicações do sigilo profissional (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SILVA; FERRIANI, 2007); e por não confiarem nos mecanismos de assistência e proteção à criança (SALIBA ET AL, 2007 Apud LIMA & DESLANDES, 2015). Acrescentamos que a subnotificação pode ocorrer ainda por valores culturais, religiosos, racismo e homofobia, que pormenorizam ou não aceitam dar visibilidade ao sofrimento dos que discriminam ou inferiorizam. Tais discriminações são associadas à subnotificação e ressaltadas nas políticas nacionais de promoção da saúde da população negra, da população LGBT, da população indígena e da gestão participativa.

### **8.3 Algumas recomendações para ampliar os fatores de proteção**

Os organismos internacionais tem se preocupado em formular agendas para o enfrentamento à violência contra mulheres e meninas, como descrevemos anteriormente. Esses já propõem uma detalhada gama de recomendações, que estamos de acordo com a possibilidade de positivos impactos, caso fossem implementadas pelos governos brasileiro e fluminense.

Assim, procuramos aqui apenas enfatizar algumas recomendações relacionadas especificamente ao nosso objeto, conforme segue:

1) Ampliar a notificação, para a melhoria da produção e qualidade da informação, pela Secretaria Estadual de Saúde, através de: divulgação da ficha de notificação do SINAN, de sensibilização dos profissionais de saúde para a compreensão das violências como uma questão de saúde pública, e de capacitação padronizada para o correto preenchimento da ficha, a partir do instrutivo produzido pelo Ministério da Saúde. Para tal, é necessária a ampliação dos recursos humanos e logísticos da equipe estadual especializada na vigilância de violência em saúde, além de que os profissionais estejam inseridos em uma rede de segurança, para que não temam retaliações dos autores das violências.

2) Criação de observatório intersetorial e multidisciplinar de vigilância da violência contra mulher, que discuta, proponha respostas e facilite caminhos de execução para a melhoria da qualidade dos dados, monitoramento, análise e avaliação das políticas e serviços públicos de enfrentamento à violência contra meninas e mulheres. Sua composição deveria contar com acadêmicos das diferentes áreas de estudos afins, gestores da rede intersetorial de enfrentamento à violência contra a mulher, sem prescindir de representantes das áreas de saúde, educação, habitação e trabalho (além, é claro, daqueles que já constituem a rede da assistência

social, segurança pública, das áreas jurídicas) e representantes da sociedade civil organizada. Este observatório poderia produzir indicadores próprios para a realidade estadual, mas também indicadores padronizados ou que dialogassem com os órgãos de monitoramento nacional e internacional, tais como a Cedaw e OMS.

3) Conforme descrevemos anteriormente, há legislação estadual e incentivos de órgãos federais à criação de banco de dados intersetorial para o monitoramento da violência contra mulheres. Isso seria viável através do cruzamento dos registros policiais, processos jurídicos, notificações da saúde pelo SINAN, e cadastros nos serviços especializados da assistência social. Desses, o único que ainda não tem a íntegra dos dados digitalizados é a assistência social. Já existem *softwares* que codificam nomes, facilitando enormemente a junção e distinção de homônimos.

#### **8.4 Estudos Futuros**

Finalizar um estudo é um ponto final temporal, para quem se deixou envolver com a relevância do objeto e com o aumento de questionamentos a serem explorados. Neste trabalho, fizemos grande investimento em ampliarmos conhecimento de técnicas estatísticas, até então de nenhum domínio. Assim, o interrompemos determinados em seguir a interpretação dos resultados e ampliar as análises que possam contribuir com a maior compreensão do fenômeno da violência contra meninas e mulheres, e no consequente subsídio ao planejamento e monitoramento das políticas de enfrentamento a tais violências.

Uma posterior contribuição, a que não iremos nos furtar, é a de analisarmos os fatores de risco das vítimas recorrentes, a partir da identificação nominal das vítimas, e cruzamos o banco do SINAN-Violência/RJ como o Sistema de Informação sobre Mortalidades do DataSUS (SIM), para que possamos verificar quais das vítimas vieram a óbito, percurso e características dessas meninas e mulheres notificadas pelas unidades de saúde no estado do Rio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; BARLEM, Edison Luiz Devos. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 6, p. 547-553, Dec. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 01 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600007>.
- AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos estatísticos para as Ciências Sociais**: métodos de pesquisa. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- ALMÉRAS ET AL. **Violence against women in couples**: Latin America and the Caribbean. A proposal for measuring its incidence and trends. Santiago: ECLAC Women and Development Unit, 2004.
- ANDRADE, V.R.P. A Soberania Patriarcal: o sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. *In Revista Sequência*, nº 50, p. 71-102, jul. 2005.
- ARAÚJO, Clara; RODRIGUES, Denise. **O CIAM**: o perfil do seu atendimento e a violência de gênero: constatações e desafios. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2002.
- ARAÚJO, C. ET AL. **Programa Nova Baixada e Violência Doméstica Contra Mulheres**. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2005.
- ASSIS, S. G. ET AL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *In Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2305-2317, 2012.
- BARSTED, L.; PITANGUY, J. (orgs.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA ; Brasília: ONU Mulheres, 2011.
- BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av.**, São Paulo , v. 17, n. 49, p. 87-98, Dec. 2003 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 1 Junho 2014.
- BLAKE ET AL. **Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women**. *BMC Women's Health* 2014, 14:15 Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/15> . Acessado em 15 Julho 2015.
- BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- BRASIL. **Central de atendimento à Mulher**. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/ligue-180> . Acessado em 15 de julho de 2015.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Rio de Janeiro: 1940.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. Brasília: 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Brasília: 2006. Disponível em:**[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm) . **Acesso em:** Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher:** pesquisa de opinião pública nacional. Brasília: DataSenado, 2012. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia\\_domestica\\_e\\_familiar\\_contra\\_a\\_mulher-2011-website.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_domestica_e_familiar_contra_a_mulher-2011-website.pdf) . Acesso em: 29 de abr. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Brasília: SDH, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.271,** de 6 de junho 2014.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98).** Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01\\_y98.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm) . Acesso em: 4 mar. 2014. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

\_\_\_\_\_. **Viva :** vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. **SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS).DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES**

(DAPE). **Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Brasília: MS/SAS/DAPE, 3. ed. atual. e ampl., 2012.

\_\_\_\_\_. SENADO FEDERAL. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito:** com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Relatório Final. Brasília: Junho de 2013. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>. Acesso em: 30 de nov. 2013.

[Bourke, J. \*\*Los violadores: historia del\*\* estupro \*\*de 1860 a nuestros días.\*\* Barcelona: Crítica, 2009.](#)

BURGOS, M. B. ET AL. O efeito UPP na percepção dos moradores das favelas.

Desigualdade e Diversidade. **Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio**, n. 11, ago/dez 2011, p. 49-98. Disponível em <http://desigualdadediversidade.soc.puc-rio.br/media/4artigo11.pdf>. Acesso em: 30 de jul. 2012.

BUVINIC, M.; MORRISON, A.R. & SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano em ação. In: MORRISON, A.R. & BIEHL, M.L. (org.). **A família ameaçada:** violência doméstica nas Américas. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. P. 19-48.

CANO, I. (Coord.). **Os Donos do Morro:** uma avaliação exploratória do impacto das UPPs no Rio de Janeiro. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, LAV/Uerj e FBSP, 2012. Disponível em <<http://www.lav.uerj.br/docs/rel/2012/RelatUPP.pdf>. Acesso em: 30 de jul. 2012.

CANO, I.; SANTOS, N. **Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001

CARDOSO, R. As aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In Cardoso, R. (org.) **Aventura Antropológica:** teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CARNEIRO, Maria J.; e TEIXEIRA, Vanessa L. **Mulher rural nos discursos dos mediadores.** Estudos Sociedade e Agricultura, 5 novembro 1995.

Cavalcanti, Ludmila Fontenele. **Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual:** representação e práticas dos profissionais de saúde / Ludmila Fontenele Cavalcanti. – 2004. xvi, 137 f. : il.

CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R.M.; FARIAS, R.S. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. In **O Social em Questão** - Ano XV - nº 28, 2012. Págs. 99-124.

CECRIA. **Relatório nacional da pesquisa:** tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes, dezembro 2002.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil:** uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília, IPEA, março de 2014.

CHAUÍ, M. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. In Franchetto, Bruna, Cavalcanti, Maria Laura V. C. e Heiborn, Maria Luiza (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher 4.** São Paulo, Zahar Editores, 1985.

CHILDHOOD. **Exploração Sexual e Grandes Obras:** construção de uma agenda de convergência para o enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes. São Paulo: Childhood Brasil, 2013. Disponível em: [http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2013/09/exploracao\\_sexual\\_e\\_grandes\\_obras\\_contrucao\\_de\\_uma\\_agenda-de-convergencia1.pdf](http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2013/09/exploracao_sexual_e_grandes_obras_contrucao_de_uma_agenda-de-convergencia1.pdf). Acesso em: 30 de abril. 2014.

CINTRÃO, R. P.; SILIPRANDI, E. O progresso das mulheres rurais. In: CEPIA. ONU Mulheres. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil: 2003-2010.** Brasília, DF, 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA C.O.M., SOUZA, R.P. Abordagem da criança e do adolescente. In: Costa MCO, Souza RP, organizadores. **Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente.** Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.76-91. [ Links ]

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo ou como ter um Anthropological Blues. In Nunes, E. (org.) **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

DELGADO, G.; e CARDOSO JR., J. C. Universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90. In Leite, S. (org.) **Políticas Públicas e Agricultura no Brasil.** Porto Alegre: Ed. Da Universidade/ UFRGS, 2001.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 129-137, Jan. 2000 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100013&lng=en&nrm=iso). Acessado

em 02 Abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, T.; MARQUES, J.A.; FERNANDES, C.E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria** - Vol. 77, Nº5, 2001.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. ET AL. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública**. vol.43, n.2, pp. 299-311,2009.

Ellis, C.D. Male rape: the silent victims. **Collegian**. Review. Oct;9(4):34-9. 2002.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ERJ). SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS (SEASDH). **Plano Estadual de Ação no Marco do Pacto de Enfrentamento da Violência contra a Mulher**. Rio de Janeiro: Sudim e Cedim, 2008.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). **Plano Estadual de Saúde 2012-2014**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2011.

ERJ; SES. **Informações em Saúde**: nota óbitos por causas externas. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude/690-notas-tecnicas-tabnet/12203-nota-obitos-por-causas-externas.html>. Acesso em: 4 de mar. 2014.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **7º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2013.

\_\_\_\_\_. **9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2015.

FREITAS, R.C.S. ET AL. Violência contra a Mulher em Niterói: notas. . Niterói, v.12, n.1, p. 157-182, 2. sem. 2011.

FUNDAÇÃO CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO (CEPERJ). **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br> . Acesso em 10 jul. 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Direitos da criança. Relatório do especialista independente Paulo Sérgio Pinheiro para o Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças. A/61/150 e Corr. 1. 23 de agosto de 2006. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo\\_PSP\\_Portugues.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf) . Acesso em: 8 de mar. 2014.

GARCIA, L. ET AL. **Violência contra a mulher**: feminicídios no Brasil. Rio de Janeiro. Ipea, 2013. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925\\_sum\\_estudo\\_feminicidio\\_leilagarcia.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf) .Acesso em: 8 de mar. 2014.

GOMES, R. Et al. **Por que as crianças são maltratadas?:** Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad. Saúde Pública [online], 2002, v. 18, n. 3 [citado 2006-10-21],

p. 707-714. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300019&lng=pt&nrm=iso).

GREGORI. Maria Filomena. **Cenas e Queixas**: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1993.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG *et al.*, eds. **World report on violence and health**, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization. 2002.

Harris, J. Sharon, G. **A question of evidence? Investigating and prosecuting rape in the 1990s**. Home Office Research Study 196. London. 1999.

HUGHES, K. ET AL. **Prevalence and risk of violence against adults with disabilities**: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* [Internet]. 2012 Apr 28 [consultado em 12 de março de 2015]; 379 (9826):1621-1629. Disponível em inglês em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961851-5/abstract>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Primeiros Dados do Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010 - Informações Territoriais: Aglomerados Subnormais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/d\\_detalhes.php?id=7552](http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=7552). Acesso em: 13 de jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm> . Acesso em: 25 de jan. 2016.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (ISP). **Dossiê Mulher 2008**: ano-base 2007. Série Estudos 2. Rio de Janeiro: ISP, 2008. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/Uploads/DossieMulher.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/DossieMulher.pdf) .Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Dados oficiais**: janeiro 2012. Rio de Janeiro: ISP, 2012a. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=150> .Acesso em: 5 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Dossiê Mulher 2012**: ano-base 2011. Série Estudos 2. 7ª Edição. Rio de Janeiro: ISP, 2012b. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/Uploads/DossieMulher2012.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/DossieMulher2012.pdf). Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Dados oficiais:** janeiro 2013. Rio de Janeiro: ISP, 2013a. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=150>. Acesso em: 5 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Dossiê Mulher 2013:** ano-base 2012. Série Estudos 2. Rio de Janeiro: ISP, 2013b. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/Uploads/DossieMulher2013.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/DossieMulher2013.pdf). Acesso em: 30 de jul. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Brasília: Ipea, 2011.

JOHNSON, H.; OLLUS, N.; & NEVALA, S. **Violence Against Women: An International Perspective**. Helsinki: Springer Science & Business Media, 2008, 290 p.

LATORRE, Maria do Rosário D.O. **Modelo de Regressão Aplicados à Epidemiologia**. São Paulo. 2012, 78 p.

LENOIR ET AL. **Iniciação à Prática Sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *In Interface*. Botucatu: [online]. 2011, vol.15, n.38, pp. 819-832. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300016&lng=en&nrm=iso)>. Epub Sep 30, 2011. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>.

LUCENA, M. F. G. **Saúde, Gênero e Violência:** um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

**MACHADO ET AL.** Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. [April 2011](#). **Volume 113, Issue 1, Pages 58–62.**

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência para todos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Mar. 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Mai, 2014.

\_\_\_\_\_. (org). **Amor e violência:** Um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

(NOSSINTCHOUK in ZUWICK, 2012).

OBSERVATÓRIO DA LEI MARIA DA PENHA (OBSERVE). **Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais:** relatório final. Salvador: Projeto Observe/ Unifem. 2011.

OCKÉ-REIS, C.O. **Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Brasil**: eliminar, reduzir ou focalizar. 2014. In *Brasil em desenvolvimento 2014 : estado, planejamento e políticas públicas* / [editores: Leonardo Monteiro Monasterio, Marcelo Côrtes Neri, Sergei Suarez Dillon Soares]. – Brasília : Ipea, 2014. 2 v. : gráfs., mapas color. – (Brasil: o Estado de uma Nação)

OLIVEIRA ET AL. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. In **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-82, 2005.

OLIVEIRA, F. L.; ABRAMOVAY, P. V. As UPPs e o longo caminho para a cidadania nas favelas do Rio de Janeiro. In: OLIVEIRA, F. L. de et al. **UPPs, direitos e justiça**: Um estudo de caso das favelas do Vidigal e do Cantagalo. Rio de Janeiro, FGV, 2012, p. 123-47. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/10362>>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Rome Statute of the International Criminal Court**. Text of the Rome Statute circulated as document A/CONF.183/9 of 17 July 1998 and corrected by process-verbaux of 10 November 1998, 12 July 1999, 30 November 1999, 8 May 2000, 17 January 2001 and 16 January 2002. The Statute entered into force on 1 July 2002. Disponível em: [http://www.icc-cpi.int/nr/rdonlyres/ea9aeff7-5752-4f84-be94-0a655eb30e16/0/rome\\_statute\\_english.pdf](http://www.icc-cpi.int/nr/rdonlyres/ea9aeff7-5752-4f84-be94-0a655eb30e16/0/rome_statute_english.pdf). Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **United Nations Convention Against Transnational Organized Crime and the Protocols Thereto**. ONU, 2004. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOCebook-e.pdf>. Acesso em: 30 de jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **In-depth study on all forms of violence against women**: report of the Secretary-General. A/61/122/Add.1. ONU, 6 July 2006.

\_\_\_\_\_. **Indicators to measure violence against women**: report of the Expert Group Meeting. ONU: Genebra. 8 a 10 de outubro, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Resolution adopted by the General Assembly, 61<sup>st</sup> Session, on 19 December 2006** [on the report of the Third Committee (A/61/438)] 61/143. Intensification of efforts to eliminate all forms of violence against women. Distr.: General 30 January, 2007b. Disponível em: [http://daccess-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/503/01/PDF/N0650301.pdf?OpenElement](http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/503/01/PDF/N0650301.pdf?OpenElement). Acesso em: 10 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Commission on the Status of Women**: report on the fifty-seventh session (4-15 March 2013). Economic and Social Council. Supplement No. 7. Official Records, 2013.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Belém: OEA, 1994. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/portuguese/>. Acesso em: 30 de jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. **WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women**: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

\_\_\_\_\_; LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (LSHTM) **Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women: Taking Action and Generating Evidence**. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf). Acesso em 10 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde (Department of Reproductive Health and Research); London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner and nonpartner sexual violence [Internet]. Geneva: OMS; 2013 [consultado em 11 de março de 2015]. 51 p. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

PASINATO, W. Projeto **Construção e Implementação do Observatório da Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha**: estudo de caso Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a Rede de Serviços para Atendimento de Mulheres em Situação de Violência em Cuiabá, Mato Grosso. Relatório Final. São Paulo: Observe. 2009.

PIOVESAN, F. Direitos civis políticos: a conquista da cidadania feminina. In: **O progresso das mulheres no Brasil**. UNIFEM. 2006. Disponível em: <http://www.mulheresnobrasil.org.br/>. Acesso em: 1 fev. 2008.

PITANGUY, J. Advocacy e Direitos Humanos. In: **O Progresso das Mulheres no Brasil**. 2003–2010. Organização: Leila Linhares Barsted, Jacqueline Pitanguy. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. Págs. 20-57 Disponível em: <http://www.mulheresnobrasil.org.br/>. Acesso em: 1 fev. 2012.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO (PRJ). **Armazém de Dados**: tabela 2248. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/indice/flanali.asp?codpal=800&pal=HABITA%C7%C3O>. Acesso em: 10 de jul. 2014.

RAMONET, Ignacio. Violences Mâles *In Le Monde Diplomatique*. Julho 2004, 51º ano, Nº 604, 28 págs.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Regional Pernambuco. **Dossiê**: violência contra mulher. Recife, 1999.

RIBEIRO, Eduardo. **Configuração espacial e fatores associados ao risco de vitimização por homicídio nos municípios brasileiros**. 2008. 241 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Curso Stricto Sensu em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro. 2008.

RIO DE JANEIRO, 2013. **Uma vida sem violência é um direito das mulheres**. SEASDH. Acesso em: 16/01/2016. Extraído em: [http://www.cedim.rj.gov.br/institucional/cartilha\\_Uma%20Vida%20Sem%20Violencia%20e%20um%20Direito%2009-2013.pdf](http://www.cedim.rj.gov.br/institucional/cartilha_Uma%20Vida%20Sem%20Violencia%20e%20um%20Direito%2009-2013.pdf) .

RODRIGUES ET AL. **Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela** – Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2319-2329, 2012

SAFFIOTI, Heleieth I. B. A. & ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero, poder e Impotência**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

\_\_\_\_\_. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher**. São Paulo em Perspectiva. v.3. n. 4. out-dez/1999. Fundação Seade, 1999.

\_\_\_\_\_. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero**: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. In *E.I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, vol. 16, nº 1, 2005: 147-164. Disponível em:[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SANTOS\\_IZUMINO\\_VCMVG2005.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SANTOS_IZUMINO_VCMVG2005.pdf) . Acesso em: 25 de agos. 2010.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.L. Violências contra Mulheres: interfaces com a Saúde. *In Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 3, N. 5, 1999. Págs. 11-26

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 359-367, jun. 2007 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300006&lng=pt&nrm=iso)>.

Acesso

em 30 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300006>.

SCOTT, P.; RODRIGUES, A. C.; SARAIVA, J. C. Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In: SCOTT, P.; CORDEIRO, R.; MENEZES, M. (org). **Gênero e Geração em Contextos Rurais**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2010. Disponível em: [http://www.ufpe.br/fagesufpe/images/documentos/Livros\\_Fages/genero%20e%20gera\\_o%20em%20contextos%20rurais.pdf](http://www.ufpe.br/fagesufpe/images/documentos/Livros_Fages/genero%20e%20gera_o%20em%20contextos%20rurais.pdf) . Acesso em: 25 de agos. 2010.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Norma Técnica de Uniformização**: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. SPM, 2006. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/01/SPM-Norma-Tecnica-de-Uniformizacao-CRAMs-2006.pdf> . Acesso em: 16 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Livro Memória**. Brasília: SPM, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília: SPM, 2007b.

\_\_\_\_\_. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2008.

\_\_\_\_\_. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília: SPM, 2011a. 70p.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. SPM, 2011b. 46p.

\_\_\_\_\_. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. SPM. 2011c. 236p.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2013. 114p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Rio de Janeiro: SES, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/instrumentos-de-planejamento-do-sus/estado/plano-estadual-de-saude.html> . Acesso em: 5 de agos. 2013.

SENADO FEDERAL. **Pesquisa sobre Violência Doméstica Contra a Mulher**. Brasília, 2005/2007.

SERRANO-BERTHET, R. (coord.). **O retorno do Estado às favelas do Rio de Janeiro**: Uma análise da transformação do dia a dia das comunidades após o processo de pacificação das UPPs. Rio de Janeiro, FGV/Banco Mundial, 2013. Disponível em <<http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/03/>

15/000333037\_20130315120855/Rendered/PDF/760110ESW0P12300Rio0de0Janeiro02013.pdf> . Acesso em: 5 de agos. 2013.

SILVA, E. R. A. Efeitos da Previdência Social sobre a Questão de Gênero. In: **A Universalização de Direitos Sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90**. Delgado, G.; Cardoso Jr., J.C.P. (orgs.). Brasília: IPEA, 2000.

SITTA ET AL. **Percepções sobre a Violência Doméstica contra a Mulher no Brasil 2011**. Pesquisa Instituto AVON/IPSOS. 2ª edição. 2011.

Schraiber, L.B. et al. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. 244 *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 237-45.

Smith, M.D. (Editor). **Encyclopedia of Rape**. Greenwood Press: London. 2004.

SOARES, B. M. **A Violência Doméstica e as Pesquisas de Vitimização**. Documento apresentado para discussão. II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. A 'conflitualidade' conjugal e o paradigma da violência contra a mulher. In **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social** - Vol. 5 - no 2 - ABR/MAI/JUN 2012 - pp. 191-210.

SOUZA E SILVA, J. **As Unidades de Polícia Pacificadora e os novos desafios para as favelas cariocas**. Seminário Aspectos Humanos da Favela Carioca. Rio de Janeiro, Laboratório de Etnografia Metropolitana (Le Metro)-IFCS-UFRJ, maio de 2010. Disponível em: <<http://www.observatoriodefavelas.org.br/userfiles/file/Aspectos%20humanos%20das%20favelas%20cariocas.pdf>>. Acesso em: 5 de agos. 2013.

TELES, M. A. A. **Breve História do Feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

THOENNES, P. **Extent, Nature, and Consequences of Rape Victimization: Findings From the National Violence Against Women Survey**. National Institute of Justice. 2006.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência de 2012: homicídio de mulheres no Brasil**. FlacsoBrasil, 2012.

\_\_\_\_\_. **Mapa da Violência de 2013: homicídio e juventude no Brasil**. Flacso Brasil, agosto 2013.

\_\_\_\_\_. **Mapa da Violência de 2014: os jovens do Brasil**. Flacso Brasil, 2014.

WERNECK, J. Mulheres Negras e Violência no Rio de Janeiro. In **Mulheres de Brasília e do Rio de Janeiro no Monitoramento da Política Nacional de Enfrentamento à Violência**

**contra as Mulheres.** Castro, M. L. X. Calasans, M. Reis, S. (orgs.). Rio de Janeiro: Criola, CFemea, 2010.

ZALUAR, A. **Relatório Executivo da Pesquisa Domiciliar de Vitimização da Cidade do Rio de Janeiro (2005-2006).** NUPEVI/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

ZENKER, A. L. **Igualdade entre homens e mulheres está longe de ser alcançada.** Repórter da Agência Brasil. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/05/materia.2008-03-05.9484588181/view.a> Acesso em 05 de jul. de 2010.

## ANEXO I: Ficha de Notificação do SINAN:

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			3 Data da notificação
	2 Agravo/doença <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência
Notificação Individual	8 Nome do paciente			9 Data de nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	14 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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>			
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento	
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados da Ocorrência	43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS

10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	52 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente

Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal

Consequências da violência	55 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal

Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental

Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Queimadura 11 - Outros	
	01 - Contusão 02 - Corte/perfuração/laceração 03 - Entorse/luxação	04 - Fratura 05 - Amputação 06 - Traumatismo dentário	07 - Traumatismo crânio-encefálico 08 - Politraumatismo 09 - Intoxicação
Lesão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Órgãos genitais/ânus 11 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
	01 - Cabeça/face 02 - Pescoço 03 - Boca/dentes	04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome	07 - Quadril/pelve 08 - Membros superiores 09 - Membros inferiores

Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos	1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão	1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado	62 Suspeita de uso de álcool	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde	1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Outros
---------------------------	---	---	---

Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	67 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX
	68 Classificação final	1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo	69 Evolução do caso	1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento

### Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

Observações Adicionais:

Disque-Saúde 0800 61 1997	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
------------------------------	--	--

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

ANEXO II: Distribuição das Regiões e Áreas Administrativas, segundo a SESEG:

<b>ÁREAS</b>	<b>Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP)</b>
<b>CAPITAL</b>	AISP 01
	AISP 02
	AISP 03
	AISP 04
	AISP 05
	AISP 06
	AISP 09
	AISP 13
	AISP 14
	AISP 16
	AISP 17
	AISP 18
	AISP 19
	AISP 22
	AISP 23
	AISP 27
	AISP 31
	AISP 39
<b>BAIXADA FLUMINENSE</b>	AISP 15
	AISP 20
	AISP 21
	AISP 24
	AISP 34
<b>NITERÓI SÃO GONÇALO</b>	AISP 07
	AISP 12
<b>INTERIOR</b>	AISP 08
	AISP 10
	AISP 11
	AISP 25
	AISP 26
	AISP 28
	AISP 29
	AISP 30
	AISP 32
	AISP 33
	AISP 35
	AISP 36
AISP 37	
AISP 38	

# Áreas Integradas de Segurança Pública - AISP

Distribuição das Regiões Integradas de Segurança Pública - RISP, dos Batalhões de Polícia Militar e Delegacias de Polícia Civil

Atualizada em 09 de Abril de 201

RISP	AISP	BPM	DP	Município	Unidade Territorial
1	2	2ºBPM	9 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Catele, Cosme Velho, Flamengo, Glória e Laranjeiras
			10 (DP Legal)		Botafogo, Humaitá e Urca
			23 (DP Legal)		Cachambi e Méier
			24 (DP Legal)		Abolição, Encantado, Piedade e Pilares
1	3	3ºBPM	25 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Engenho Novo, Jacaré, Jacarezinho, Riachuelo, Rocha, Sampaio e São Francisco Xavier
			26 (DP Legal)		Água Santa, Engenho de Dentro, Lins de Vasconcelos e Todos os Santos
			44 (DP Legal)		Dei Castilho, Engenho da Rainha, Inhaúma, Maria da Graça e Tomás Coelho
			6 (DP Legal)		Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Rio Comprido e Centro (parte)
1	4	4ºBPM	17 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Caju, Manguelha, São Cristóvão e Vasco da Gama
			18 (DP Legal)		Maracanã, Praça da Bandeira e Tijuca (parte)
			1		Centro (Parte)
1	5	5ºBPM	4	Rio de Janeiro	Centro (Parte), Gamboa, Santo Cristo e Saúde
			5 (DP Legal)		Centro (Parte), Lapa e Paqueta
			7 (DP Legal)		Santa Teresa
1	6	6ºBPM	19 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Alto da Boa Vista e Tijuca (Parte)
			20 (DP Legal)		Andaraí, Grajaú e Vila Isabel
4	7	7ºBPM	72	São Gonçalo	São Gonçalo
			73(DP Legal)		Neves
			74(DP Legal)		Monjolo
			75		Ipioba e Sete Pontes
6	8	8ºBPM	134 (DP Legal)	Campos de Goytacazes	Campos dos Goytacazes (Primeiro Subdistrito, Segundo Subdistrito e Quarto Subdistrito), Ibitioca, Dolores de Macabu, Morangaba, Mussurepe, Serrinha, Santo Amaro de Campos, São Sebastião de Campos e Tocós
			146 (DP Legal)	Campos de Goytacazes	Campos dos Goytacazes (Terceiro Subdistrito), Santa Maria, Morro do Coco, Santo Eduardo, Travessão e Vila Nova de Campos
			147 (DP Legal)	São Francisco de Itabapoana	São Francisco de Itabapoana, Maniva e Barra Seca
			141 (DP Legal)	São Fidélis	São Fidélis, Cambiasca, Colonia, Ipuca e Pureza
			145 (DP Legal)	São João da Barra	Barcelos, Atafona, São João da Barra, Grussal, Cajuelo e Pipeiras
2	9	9ºBPM	28 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Campinho, Cascadura, Praça Seca, Quintino Bocaliva e Vila Valqueire
			29 (DP Legal)		Cavalcanti, Engenheiro Leal, Madureira, Turiçu e Vaz Lobo
			30 (DP Legal)		Bento Ribello, Marechal Hermes e Oswaldo Cruz
			40 (DP Legal)		Coeiho Neto, Colégio (Parte), Honório Gurgei e Rocha Miranda
			88 (DP Legal)	Barra do Piraí	Barra do Piraí, Dorandia, Ipiabas, São José do Turvo e Vargem Alegre
			91 (DP Legal)	Valença	Valença, Barão de Juparana, Conservatória, Parapeúna, Pentagna e Santa Isabel do Rio Preto
			92 (DP Legal)	Rio das Flores	Rio das Flores, Manuel Duarte, Abarracamento e Taboas
5	10	10ºBPM	94 (DP Legal)	Piraí	Piraí, Arrozal, Monumento e Santanésia
			95 (DP Legal)	Vassouras	Vassouras, Andrade Pinto, São Sebastião dos Ferreiros e Sebastião de Lacerda
			96 (DP Legal)	Miguel Pereira	Miguel Pereira, Governador Portela e Conrado
			96 (DP Legal)	Paty do Alferes	Paty do Alferes e Avelar
97 (DP Legal)	Mendes	Mendes			
98 (DP Legal)	Engenheiro Paulo de Frontin	Engenheiro Paulo de Frontin e Sacra Família do Tinguá			
7	11	11ºBPM	151 (DP Legal)	Nova Friburgo	Nova Friburgo, São Pedro da Serra, Lumiar, Amparo, Riograndina, Conselheiro Paulino e Campo do Coeio
			152 (DP Legal)	Duas Barras	Duas Barras e Monnerat
			153	Cantagalo	Cantagalo, Santa Rita da Floresta, Boa Sorte, Euclidelândia e São Sebastião do Paraíba
			154 (DP Legal)	Cordeiro	Cordeiro
			154 (DP Legal)	Macuco	Macuco
			156 (DP Legal)	Santa Maria Madalena	Santa Maria Madalena, Doutor Loreti, Renascença, Santo Antônio do Imbé, Sossego e Trunfo
157 (DP Legal)	Trajano de Moraes	Trajano de Moraes, Doutor Elias, Sodrelândia, Vila da Grama e Visconde de Imbé			
158 (DP Legal)	Bom Jardim	Bom Jardim, Banquete, Barra Alegre e São José do Ribeirão			

RISP	AISS	BPM	DP	Município	Unidade Territorial
4	12	12ºBPM	76 (DP Legal)	Niterói	Centro, Ponta da Areia, Ilha da Concelção, São Lourenço, Fátima, Morro do Estado, Ingá, São Domingos, Gragoatã e Boa Viagem
			77 (DP Legal)	Niterói	Santa Rosa, Icarai, Vital Brasil, Pé Pequeno, Viradouro e Cubango
			78 (DP Legal)	Niterói	Fonseca, Viçoso Jardim, Caramujo, Baldeador, Santa Bárbara, Tenente Jardim, Engenhoca, Santana e Barreto
			79 (DP Legal)	Niterói	Jurujuba, Charitas, São Francisco, Cachoeiras, Maceló, Largo da Batalha, Ititoca, Badu, Sapé, Malapaca, Vila Progresso, Muriqui, Maria Paula e Cantagalo
			81	Niterói	Italpa: Cambolhas, Itacoatiara, Piratininga, Cafubá, Jacaré, Rio do Ouro, Engenho do Mato, Varzea das Moças e Jardim Imbuí
2	14	14ºBPM	82 (DP Legal)	Maricá	Maricá e Inoã
			33 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Campo dos Afonso, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar
3	15	15ºBPM	34 (DP Legal)	Duque de Caxias	Bangu, Gericoó, Padre Miguel e Senador Camará
			59		Duque de Caxias (Centro)
			60		Campos Elyseos
1	16	16ºBPM	61 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Xerém
			62 (DP Legal)		Imbariê
1	17	17ºBPM	22 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Brás de Pina (Parte), Complexo do Alemão, Olaria, Penha e Penha Circular (Parte)
			38 (DP Legal)		Brás de Pina (Parte), Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Penha Circular (Parte) e Vigário Geral
2	18	18ºBPM	37 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Bancários, Cacula, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia, Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Monero, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá e Zumbi
			32 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Anil, Cidade de Deus, Curicica, Gardênia Azul, Jacarepaguá e Taquara
1	19	19ºBPM	41 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Freguesia (Jacarepaguá), Pechincha e Tanque
			12 (DP Legal)		Copacabana (Parte) e Leme
3	20	20ºBPM	13 (DP Legal)	Nova Iguaçu	Copacabana (Parte)
			52 (DP Legal)		Centro
			56 (DP Legal)		Comendador Soares, Cabuçu e Km32
			58 (DP Legal)		Posse, Austin, Miguel Couto, Vila de Cava e Tinguá
			53 (DP Legal)		Mesquita
3	21	21ºBPM	57 (DP Legal)	Nilópolis	Nilópolis e Olinda
			64 (DP Legal)	São João de Meriti	São João de Meriti, Coelho da Rocha e São Mateus
1	22	22ºBPM	21 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Benfica, Bonsucesso, Higienópolis, Mangunhos, Maré e Ramos
			14 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Ipanema e Leblon
4	25	25ºBPM	15 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Gávea, Jardim Botânico, Lagoa, Rocinha, São Conrado e Vidigal
			48	Seropédica	Seropédica
			50 (DP Legal)	Itaguaí	Itaguaí e Itaiporanga
			51	Paracambi	Paracambi
			55 (DP Legal)	Quelimados	Centro, Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste
			63 (DP Legal)	Japeri	Japeri, Engenheiro Pedreira, Marajoara, Pedra Lisa e Rio D'Ouro
			118	Aranuama	Aranuama, Morro Grande e São Vicente de Paula
			124 (DP Legal)	Saquarema	Saquarema, Bacaxá e Sampaio Correia
7	26	26ºBPM	125 (DP Legal)	São Pedro da Aldela	São Pedro da Aldela
			126	Cabo Frio	Cabo Frio e Tamoiós
			127 (DP Legal)	Armação dos Búzios	Armação dos Búzios
			129 (DP Legal)	Iguaba Grande	Iguaba Grande
			132 (DP Legal)	Arraial do Cabo	Arraial do Cabo
2	27	27ºBPM	105 (DP Legal)	Petrópolis	Petrópolis e Cascatinha
			106 (DP Legal)	Petrópolis	Italpava, Pedro do Rio e Posse
5	28	28ºBPM	36 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Paciência e Santa Cruz
			43 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Sepetiba
			90 (DP Legal)	Barra Mansa	Antonio Rocha, Floriano, Nossa Senhora do Amparo, Rialto e Regiões Administrativas I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV
			93 (DP Legal)	Volta Redonda	Volta Redonda
			101 (DP Legal)	Pinheiral	Pinheiral
			136 (DP Legal)	Laje do Muriaé	Laje do Muriaé
			139 (DP Legal)	Porciúncula	Porciúncula, Purilândia e Santa Clara
			139 (DP Legal)	Natividade	Natividade, Ourania e Bom Jesus do Querendo
			140 (DP Legal)	Itaperuna	Varre-Sai
6	29	29ºBPM	140 (DP Legal)	Itaperuna	Itaperuna, Boaventura, Nossa Senhora da Penha, Itajara, Retiro do Muriaé, Raposo e Comendador Venâncio
			143 (DP Legal)	São José de Uba	São José de Uba
			144 (DP Legal)	Bom Jesus de Itabapoana	Bom Jesus de Itabapoana, Carabuçu, Calheiros, Pirapetinga de Bom Jesus, Rosal e Seminha
			146 (DP Legal)	Italva	Cardoso Moreira e São Joaquim
			146 (DP Legal)	Italva	Italva

RISP	AISP	BPM	DP	Município	Unidade Territorial
7	30	30ºBPM	104 (DP Legal)	São José do Vale do Rio Preto	São José do Vale do Rio Preto
			110	Teresópolis	Teresópolis, Vale do Bonsucesso e Vale do Paquequer
			111 (DP Legal)	Sumidouro	Sumidouro
			112 (DP Legal)	Carmo	Carmo, Córrego da Prata e Porto Velho do Cunha
2	31	31ºBPM	16 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Barra da Tijuca (Parte), Itanhangá, Joá
			42 (DP Legal)		Recreio dos Bandeirantes, Barra de Guaratiba, Camorim, Grumari, Vargem Grande e Vargem Pequena
6	32	32ºBPM	121 (DP Legal)	Casimiro de Abreu	Casimiro de Abreu, Professor Souza, Barra de São João e Rio Dourado
			122 (DP Legal)	Conceição de Macabú	Conceição de Macabú e Macabuzinho
			123 (DP Legal)	Macaé	Centro, Cablinas, Barra de Macaé, Aeroporto e Imboassica
			128 (DP Legal)	Rio das Ostras	Rio das Ostras
			130 (DP Legal)	Quissamã	Quissamã
5	33	33ºBPM	165 (DP Legal)	Mangaratiba	Mangaratiba, Conceição de Jacaré, Vila Miriquil, Itacuruçá
			166	Angra dos Reis	Angra dos Reis, Jacuecanga, Cunhambébe, Mambucaba, Abraão e Prata de Araçatiba
			167 (DP Legal)	Paraty	Parati, Parati-Mirim e Tântuba
			168 (DP Legal)	Rio Claro	Rio Claro, Getulândia, Lidice, Passa Três e São João Marcos
3	34	34ºBPM	65 (DP Legal)	Magé	Magé, Santo Aleixo e Surui
			66 (DP Legal)	Magé	Inhomirim e Guia de Copaliba
			67 (DP Legal)	Guapimirim	Guapimirim
			71 (DP Legal)	Itaboraí	Itaboraí, Cabuçu, Itambó, Porto das Caixas e Sambaetiba
4	35	35ºBPM	70 (DP Legal)	Tanguá	Tanguá
			119 (DP Legal)	Rio Bonito	Rio Bonito e Boa Esperança
			120 (DP Legal)	Silva Jardim	Silva Jardim, Aldéia Velha, Correntezas e Gaviões
			159 (DP Legal)	Cachoeiras de Macacu	Cachoeiras de Macacu, Japuíba e Subalo
6	36	36ºBPM	135 (DP Legal)	Itaocara	Itaocara, Portela, Batalai, Laranjais, Jaguarembé e Estrada Nova
			136 (DP Legal)	Santo Antônio de Pádua	Santo Antônio de Pádua, Campeio, Paraquena, Monte Alegre, Ibitiguaçu, Santa Cruz, Ballazar, Marangatu e São Pedro de Alcântara
				Aperibé	Aperibé
			137 (DP Legal)	Miracema	Miracema, Venda das Flores e Paraíso do Tobias
			142 (DP Legal)	Cambuclí	Cambuclí, Três Irmãos, Funil, Monte Verde e São João do Paraíso
5	37	37ºBPM	155 (DP Legal)	São Sebastião do Alto	São Sebastião do Alto, Valão do Barro e Ipituna
			89 (DP Legal)	Resende	Resende, Engenheiro Passos, Agulhas Negras, Pedra Selada e Fumaça
			99 (DP Legal)	Italva	Italva
			100 (DP Legal)	Porto Real	Porto Real
7	38	38ºBPM	107 (DP Legal)	Paraíba do Sul	Paraíba do Sul, Wemeck, Salutaris e Inconfidência
				Comendador Levy Gasparian	Comendador Levy Gasparian e Afonso Arinos
			108 (DP Legal)	Areal	Areal
				Três Rios	Três Rios e Semposta
			109 (DP Legal)	Sapucaia	Sapucaia, Anta, Pião, Nossa Senhora Aparecida e Jamapara
3	39	39ºBPM	54 (DP Legal)	Belford Roxo	Arela Branca, Jardim Redentor, Parque São José, Nova Aurora e Lote XV
2	40	40ºBPM	35 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Campo Grande, Cosmos, Inhoíba, Santíssimo e Senador Vasconcelos
2	41	41ºBPM	27 (DP Legal)	Rio de Janeiro	Colégio (Parte), Irajá, Vicente de Carvalho, Vila Kosmos, Vila da Penha e Vista Alegre
			31 (DP Legal)		Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta e Ricardo de Albuquerque
			39 (DP Legal)		Acarí, Barros Filho, Costa Barros, Parque Columbia e Pavuna

### ANEXO III: Frequências e Taxas extraídas do SINAN-Violência ERJ, por município

Municípios RJ	População Feminina do ERJ				Frequência de Todas as Notificações de Violências contra o Sexo Feminino, no ERJ, pelo SINAN								Taxa <sup>55</sup> de Notificações de Violências contra o Sexo Feminino /100.000 habitantes do ERJ do Sexo Feminino					% Cobertura Atenção Básica	Taxa de Estabelecimentos SUS	Taxa/100.000 de Violência Física 2014		Taxa/100.000 de Estupros 2014	
	2009	2010	2012	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Ranking 2009-14	2009	2010	2012	2014	Ranking 2014	2014	2014	SINAN Violência Física	SESEG <sup>56</sup> Lesão Corporal	SINAN	SESEG
330010 Angra dos Reis	83703	84845	88645	92568	22	159	166	132	65	241	785	13o.	2,6	187,4	148,9	260,3	21	100,0	30	36,2	584	10,8	89
330015 Aperibé	4831	5190	5357	5530	0	0	0	0	1	0	1	86o.	0	0	0	0	82	100,0	78	0	452	0,0	36
330020 Araruama	56086	57725	59998	62332	0	12	12	17	21	130	192	32o.	0	20,8	28,3	208,6	27	26,6	20	45,5	675	78,6	50
330022 Areal	6046	5762	5878	5992	3	1	5	6	3	2	20	60o.	5	17,4	102,1	33,4	59	100,0	88	16,8	284	0,0	17
330023 Armação dos Búzios	14193	13818	14525	15261	3	4	0	3	25	55	90	46o.	2,1	28,9	20,7	360,4	15	100,0	51	161	1094	26,2	105
330025 Arraial do Cabo	13458	14088	14382	14673	32	17	17	10	10	7	93	45o.	23,8	120,7	69,5	47,7	54	84,8	40	17,3	838	6,8	61
330030 Barra do Pirai	54365	49624	50118	50561	2	4	7	8	14	66	101	41o.	0,4	8,1	16	130,5	34	75,5	34	47,6	756	9,9	77
330040 Barra Mansa	91477	92021	92571	92996	1	26	61	82	83	83	336	24o.	0,1	28,3	88,6	89,3	40	82,1	35	41,2	483	12,9	34
330045 Belford Roxo	258919	242575	245294	247917	410	479	206	239	167	28	1529	8o.	15,8	197,5	97,4	11,3	75	29,2	9	2,1	624	0,0	59
330050 Bom Jardim	13192	12613	12817	13011	0	2	2	2	2	1	9	69o.	0	15,9	15,6	7,7	78	100,0	43	3,8	538	0,0	54
330060 Bom Jesus do Itabapoana	18034	18215	18354	18470	0	2	1	13	1	16	33	53o.	0	11	70,8	86,6	41	92,2	79	41,8	1072	5,4	135
330070 Cabo Frio	93118	95396	99990	104795	1	14	16	70	34	24	159	35o.	0,1	14,7	70	22,9	66	79,7	20	3,4	730	5,7	104

<sup>55</sup> As taxas são baseadas em: 2009, em estimativas do IBGE, elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2010, no Censo 2010; 2011-2012, em estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2014, em estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por sexo pela SESEG/ISP.

<sup>56</sup> ISP/SESEG. Dossiê Mulher, 2015.

<b>330080 Cachoeiras de Macacu</b>	28510	27211	27643	28045	0	0	1	1	2	1	5	75o.	0	0	3,6	3,6	81	92,9	53	0	895	0,0	78
<b>330090 Cambuci</b>	7311	7420	7435	7432	0	0	0	0	0	0	0	89o.	0	0	0	0	82	8,1	40	0	592	0,0	40
<b>330093 Carapebus</b>	225269	240472	244915	7229	0	3	0	0	0	0	3	81o.	0	1,2	0	0	82	35,7	67	0	332	0,0	55
330095 Comendador Levy Gasparian	10449	9999	9999	4141	1	1	0	0	2	1	5	75o.	1	10	0	24,1	64	100,0	122	12,1	483	0,0	0
330100 Campos dos Goytacazes	5890	6571	6896	249102	18	140	202	436	403	955	2154	6o.	30,6	2130,6	6322,5	383,4	13	85,6	19	151,9	501	20,9	57
330110 Cantagalo	6264	6330	6331	9980	0	0	1	2	3	8	14	64o.	0	0	31,6	80,2	45	100,0	111	20,2	992	0,0	60
330115 Cardoso Moreira	9027	8834	8996	6314	0	0	0	0	0	0	0	89o.	0	0	0	0	82	100,0	87	0	586	0,0	16
330120 Carmo	15360	17924	18933	9156	0	1	1	0	0	1	3	81o.	0	5,6	0	10,9	76	100,0	75	0	983	0,0	66
330130 Casimiro de Abreu	4437	4104	4131	19976	8	62	111	144	179	157	661	16o.	18	1510,7	3485,8	785,9	4	100,0	40	373	831	15,0	55
330140 Conceição de Macabu	10376	10662	10864	11056	1	0	0	0	0	26	27	57o.	1	0	0	235,2	24	100,0	57	90,9	805	0,0	72
330150 Cordeiro	10178	10649	10796	10930	0	7	4	38	23	8	80	47o.	0	65,7	352	73,2	49	96,6	44	0	613	0,0	37
330160 Duas Barras	5344	5419	5457	5502	1	0	8	7	8	7	31	54o.	1,9	0	128,3	127,2	35	100,0	91	54,1	836	0,0	127
330170 Duque de Caxias	451998	443974	450215	456094	89	459	983	1456	1265	1737	5989	2o.	2	103,4	323,4	380,8	14	36,4	7	164,4	681	22,4	53
330180 Engenheiro Paulo de Frontin	6645	6788	6879	6955	0	0	1	0	1	2	4	79o.	0	0	0	28,8	61	100,0	83	7,4	647	0,0	29
330185 Guapimirim	25029	26203	27243	28300	5	0	3	1	23	132	164	34o.	2	0	3,7	466,4	11	38,5	19	185,2	841	17,7	74
330187 Iguaba Grande	11794	11805	12440	13100	0	0	3	4	37	8	52	49o.	0	0	32,2	61,1	52	100,0	48	31,6	771	15,3	38
330190 Itaboraí	115915	111818	114182	116562	13	48	88	144	159	212	664	15o.	1,1	42,9	126,1	181,9	28	69,2	23	58,1	634	28,3	67
330200 Itaguaí	53173	54682	56731	58839	0	0	0	3	7	10	20	60o.	0	0	5,3	17	72	80,4	23	4,3	758	3,4	80
330205 Italva	7416	7210	7323	7425	0	2	1	0	0	1	4	79o.	0	27,7	0	13,5	74	70,0	85	0	862	0,0	67

330210 Itaocara	11432	11707	11698	11668	0	0	1	0	41	9	51	50o.	0	0	0	77,1	46	89,5	48	35,1	1157	8,6	43
330220 Itaperuna	51044	49288	49997	50671	41	113	99	66	81	87	487	20o.	8	229,3	132	171,7	30	80,5	28	39,6	596	45,4	47
330225 Itatiaia	17980	14570	14880	15193	0	0	2	5	7	11	25	57o.	0	0	33,6	72,4	50	100,0	35	36,7	803	6,6	66
330227 Japeri	51076	47412	48328	49202	0	41	140	263	281	272	997	10o.	0	86,5	544,2	552,8	7	59,1	13	262,3	1002	22,4	95
330230 Laje do Muriaé	4066	3736	3707	3663	0	0	0	0	0	0	0	89o.	0	0	0	0	82	100,0	107	0	1174	0,0	82
330240 Macaé	97923	104296	109958	115844	149	445	537	462	766	955	3314	5o.	15,2	426,7	420,2	824,4	2	62,7	28	217,7	486	45,8	77
330245 Macuco	2971	2741	2777	2800	0	0	0	0	0	1	1	86o.	0	0	0	35,7	57	100,0	114	18,6	750	0,0	36
330250 Magé	124453	116746	118413	119979	24	182	53	227	47	308	841	12o.	1,9	155,9	191,7	256,7	22	75,5	30	110,9	966	7,5	78
330260 Mangaratiba	16170	18494	19378	20295	18	23	27	49	12	17	146	37o.	11,1	124,4	252,9	83,8	42	100,0	44	37,5	813	14,8	79
330270 Maricá	63079	64812	68706	72727	2	0	0	4	4	4	14	64o.	0,3	0	5,8	5,5	79	72,4	50	2,1	726	4,1	82
330280 Mendes	9230	9284	9328	9367	0	0	0	0	0	7	7	70o.	0	0	0	74,7	47	100,0	48	22,1	758	0,0	64
330285 Mesquita	99608	88586	89195	89651	0	93	92	113	255	472	1025	9o.	0	105	126,7	526,5	8	73,1	48	216,5	744	13,4	89
330290 Miguel Pereira	13410	12923	12978	13030	0	0	1	1	1	3	6	74o.	0	0	7,7	23	65	72,7	48	8,1	637	7,7	123
330300 Miracema	13934	13817	13793	13752	0	6	4	3	1	0	14	64o.	0	43,4	21,8	0	82	89,5	47	0	829	0,0	22
330310 Natividade	7813	7637	7631	7613	5	4	39	21	21	22	112	40o.	6,4	52,4	275,2	289	19	100,0	47	133	486	13,1	39
330320 Nilópolis	84872	83751	84051	84268	0	23	166	113	10	8	320	26o.	0	27,5	134,4	9,5	77	86,3	44	0,6	731	1,2	55
330330 Niterói	257696	261724	264004	245623	4	179	179	174	178	183	897	11o.	0,2	68,4	65,9	74,5	48	73,6	44	21,8	594	19,5	55
330340 Nova Friburgo	92422	94828	95508	96021	0	43	67	123	221	156	610	17o.	0	45,3	128,8	162,5	31	47,1	43	60,7	779	16,7	49
330350 Nova Iguaçu	446431	414507	417363	419656	71	135	210	210	1603	2611	4840	3o.	1,6	32,6	50,3	622,2	6	41,7	42	73,1	697	10,0	72
330360 Paracambi	23091	23331	23827	24335	0	0	0	2	2	6	10	68o.	0	0	8,4	24,7	63	64,3	42	2	752	16,4	107

330370 Paraíba do Sul	21680	21333	21621	21900	0	1	7	44	41	1	94	43o.	0	4,7	203,5	4,6	80	100,0	40	0	863	0,0	37
330380 Paraty	17514	18569	19168	19785	7	37	150	197	208	160	759	14o.	4	199,3	1027,8	808,7	3	100,0	40	387,8	743	25,3	86
330385 Paty do Alferes	13255	13542	13653	13740	0	0	4	1	2	0	7	70o.	0	0	7,3	0	82	100,0	40	0	524	0,0	95
330390 Petrópolis	163642	154921	155591	156128	104	379	1117	1138	749	407	3894	4o.	6,4	244,6	731,4	260,7	20	76,3	36	99,3	563	12,2	38
330395 Pinheiral	11303	11685	11936	12189	46	42	42	47	56	118	351	23o.	40,7	359,4	393,8	968,1	1	100,0	35	485,4	1124	0,0	66
330400 Piraí	13208	13397	13719	14035	7	29	68	59	112	104	379	22o.	5,3	216,5	430,1	741	5	100,0	35	362,6	855	14,3	71
330410 Porciúncula	9223	8886	9024	9151	1	6	4	3	3	2	19	62o.	1,1	67,5	33,2	21,9	69	100,0	34	10,9	1202	0,0	55
330411 Porto Real	7974	8350	8690	9043	0	13	23	21	33	44	134	39o.	0	155,7	241,7	486,6	10	100,0	34	194,8	1128	11,1	44
330412 Quatis	6474	6555	6715	6880	2	0	0	3	2	0	7	70o.	3,1	0	44,7	0	82	70,3	33	0	407	0,0	15
330414 Queimados	71602	71377	72625	73856	0	0	6	9	38	86	139	38o.	0	0	12,4	116,4	36	35,6	30	25,2	1136	14,9	100
330415 Quissamã	9690	10199	10701	11212	2	3	22	34	35	56	152	36o.	2,1	29,4	317,7	499,5	9	100,0	30	71,9	553	0,0	80
330420 Resende	66045	61501	62683	63823	11	5	18	56	105	186	381	21o.	1,7	8,1	89,3	291,4	18	85,2	29	138,4	926	23,5	74
330430 Rio Bonito	27931	28233	28685	29125	18	6	28	82	60	65	259	28o.	6,4	21,3	285,9	223,2	25	92,1	28	55,9	594	0,0	52
330440 Rio Claro	8903	8656	8747	8824	4	2	7	1	8	14	36	52o.	4,5	23,1	11,4	158,7	32	100,0	28	73,2	714	11,3	34
330450 Rio das Flores	4501	4350	4424	4490	0	0	1	0	0	1	2	85o.	0	0	0	22,3	68	100,0	27	11,3	1069	0,0	67
330452 Rio das Ostras	49084	53469	58762	64340	1	68	63	74	125	274	605	18o.	0,2	127,2	125,9	425,9	12	54,8	27	167,5	788	62,2	115
330455 Rio de Janeiro	3292942	3360629	3397768	3430414	107	621	1188	2307	3190	3867	11280	1o.	0,3	18,5	67,9	112,7	37	50,7	26	38,8	628	22,4	43
330460 Santa Maria Madalena	5287	5046	5032	21739	0	0	0	0	13	18	31	54o.	0	0	0	82,8	43	100,0	26	175,6	115	0,0	20
330470 Santo Antônio de Pádua	21381	20628	20775	20898	0	0	0	0	0	7	7	70o.	0	0	0	33,5	58	86,1	26	9,7	713	14,4	43

330475 São Francisco de Itabapoana	20088	19149	19205	20545	0	1	2	17	1	9	30	56o.	0	5,2	88,5	43,8	56	77,3	23	16,9	550	4,9	58
330480 São Fidélis	23122	20546	20569	19223	0	0	0	0	0	5	5	75o.	0	0	0	26	62	86,8	23	8	515	5,2	57
330490 São Gonçalo	516972	524464	533068	541731	72	259	247	483	379	341	1781	7o.	1,4	49,4	90,6	62,9	51	62,6	20	16,8	520	12,7	49
330500 São João da Barra	15299	16518	16903	17282	0	0	0	6	7	3	16	63o.	0	0	35,5	17,4	71	100,0	20	5,8	758	5,8	150
330510 São João de Meriti	245504	240569	241297	241678	0	7	71	130	219	112	539	19o.	0	2,9	53,9	46,3	55	32,2	19	20,6	715	4,6	56
330513 São José de Ubá	3520	3505	3545	3590	0	1	0	0	0	0	1	86o.	0	28,5	0	0	82	100,0	19	0	195	0,0	28
330515 São José do Vale do Rio Preto	10259	10106	10250	10381	0	0	0	0	27	10	37	51o.	0	0	0	96,3	38	87,6	19	43,2	472	0,0	0
330520 São Pedro da Aldeia	42582	44444	46301	48197	11	2	3	13	21	160	210	31o.	2,6	4,5	28,1	332	17	72,4	19	136,4	527	14,5	58
330530 São Sebastião do Alto	4430	4428	4463	4659	0	0	0	0	2	1	3	81o.	0	0	0	21,5	70	100,0	17	11,1	558	0,0	22
330540 Sapucaia	8737	8759	8792	8797	0	0	0	1	0	2	3	81o.	0	0	11,4	22,7	67	100,0	16	5,7	898	0,0	125
330550 Saquarema	35102	37379	39033	40721	0	4	16	7	10	137	174	33o.	0	10,7	17,9	336,4	16	70,8	15	165,6	749	9,8	96
330555 Seropédica	40222	39753	40748	41761	5	19	10	26	22	13	95	42o.	1,2	47,8	63,8	31,1	60	72,1	14	7,3	704	19,2	98
330560 Silva Jardim	10868	10541	10551	10540	0	0	0	0	3	22	25	59o.	0	0	0	208,7	26	100,0	14	103,1	759	9,5	38
330570 Sumidouro	7374	7248	7298	7339	0	0	0	0	0	13	13	67o.	0	0	0	177,1	29	100,0	13	86,1	545	0,0	82
330575 Tanguá	15251	15443	15799	16143	0	0	0	28	19	24	71	48o.	0	0	177,2	148,7	33	95,4	10	3,1	892	0,0	19
330580 Teresópolis	83904	85471	87494	89545	0	33	60	62	92	82	329	25o.	0	38,6	70,9	91,6	39	45,1	9	9,3	593	4,5	41
330590 Trajano de Moraes	4834	5031	5055	5060	0	0	5	0	0	0	5	75o.	0	0	0	0	82	100,0	8	0	415	0,0	40
330600 Três Rios	39553	40418	40847	41241	35	60	38	44	29	34	240	29o.	8,8	148,4	107,7	82,4	44	100,0	7	26,6	1096	14,5	58
330610 Valença	39386	37393	37828	38229	1	5	3	42	86	94	231	30o.	0,3	13,4	111	245,9	23	91,9	7	122,5	497	0,0	50

330615 Varre-Sai	4283	4719	4840	4959	0	0	0	0	0	0	0	89o.	0	0	0	0	82	95,7	7	0	484	0,0	101
330620 Vassouras	17753	18019	18252	18464	3	2	17	51	18	3	94	43o.	1,7	11,1	279,4	16,2	73	100,0	4	2,8	742	5,4	70
330630 Volta Redonda	135894	134884	136127	137243	13	22	41	57	58	73	264	27o.	1	16,3	41,9	53,2	53	100,0	3	25,5	486	2,2	42