

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

GLAUCIA WERNER SATHLER FRAGA

**INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA MULHER GESTANTE:
CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

VITÓRIA, ES

2021

GLAUCIA WERNER SATHLER FRAGA

**INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA MULHER GESTANTE:
CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA, ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

F811i Fraga, Glauca Werner Sathler
Incidência de violência doméstica na mulher gestante :
contribuição para as políticas públicas de saúde / Glauca
Werner Sathler Fraga. - 2021.
51 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Violência doméstica. 2. Saúde da mulher. 3. Mulher
gestante. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 364.374

GLAUCIA WERNER SATHLER FRAGA

**INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA MULHER
GESTANTE: CONTRIBUIÇÕES PARA POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2021.

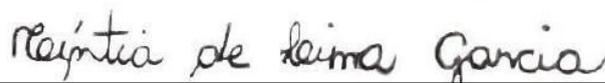
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Solange Rodrigues da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof^a. Dr^a. Cintia de Lima Garcia
Faculdade de Medicina Estacio de Juazeiro do Norte
Estacio FMJ

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que em sua infinita bondade me sustentou em cada obstáculo e me honrou em cada conquista até aqui. Por ser meu abrigo, meu amigo e protetor, por seu amor incondicional que me fortaleceu todos os dias e em cada um deles. Obrigada por tudo.

A minha família, sem eles eu não sou nada, minha base, meu alicerce e o que eu tenho de melhor. Meus pais Silvana e José Guilherme, meus exemplos de fé, amor, carinho e persistência, obrigada por não me deixarem desistir diante dos obstáculos, por estarem comigo nos momentos mais difíceis. Eu amo vocês mais que tudo. Meus irmãos Guilherme e Germano, meus companheiros e incentivadores, eu amo vocês. Minhas avós Guilhermina e Nicolina pelo exemplo de força, determinação e fé, a vida de vocês me inspira todos os dias, meus amores.

Minhas tias Conceição, Maria e Terezinha, vocês tornaram este sonho possível, obrigada pelo apoio incondicional, pelo amor, carinho e ensinamentos. Vocês merecem toda minha admiração, gratidão e amor.

Ao meu amor, o companheiro que escolhi para essa caminhada da vida, meu incentivador, meu abrigo em todos os momentos, Anderson. Obrigada por estar ao meu lado em cada detalhe. Seu incentivo e motivação mudam meus dias para melhor. Te amo.

Aos meus queridos amigos Dalmo Werner e Raquel Assad, a grandiosidade do coração, a disponibilidade e o trabalho de ambos em prol deste projeto são imensuráveis. Obrigada por fazerem possível esta pesquisa. Dalmo, nossos laços de sangue e memórias lindas e infinitas só aumentam meu carinho por você. Obrigada.

Minha querida amiga e companheira dessa jornada, Keiciane, por ter tornado tudo mais divertido e prazeroso.

À Bárbara, Milena, Renata, Laudinei e Wendel, por tornarem mais leve a rotina de aulas e estudos. A professora Italla, agradeço por todos os saberes compartilhados, pela paciência e cuidado dedicados a mim. Por se fazer presente e ser inspiração. Pela amizade que construímos nesta caminhada. Obrigada por seu carinho sempre.

Ao professor Luiz, por me ensinar que firmeza e determinação podem mudar qualquer realidade. Obrigada por todo carinho e confiança depositados em mim.

A todos os colegas do mestrado, por tornarem essa trajetória inesquecível.
Foi incrível conhecer e aprender com cada um de vocês.

Por fim, a todas as mulheres que de alguma forma estiveram presentes neste estudo e que lutam diariamente por uma sociedade mais justa e igualitária.

"Cadê meu celular?
Eu vou ligar pro 180
Vou entregar teu nome
E explicar meu endereço
Aqui você não entra mais.

[...] Cê vai se arrepender de levantar a mão pra mim. "

Elza Soares

RESUMO

Introdução: Desde os primórdios da humanidade a violência se manifesta em diferentes configurações e direcionada a diversos segmentos populacionais ou indivíduos, que em sua maioria, encontram-se em alguma desvantagem física, social, econômica, cultural ou emocional. Embora a violência entre parceiros íntimos seja um episódio universal, ocorrendo em todos os grupos sociais, as agressões sofridas por mulheres durante o período gestacional acomete, em grande quantidade, jovens ou adolescentes, conforme pesquisa relatada. Acredita-se que estes números refletem um período de vulnerabilidade e insegurança por parte dessas vítimas. **Objetivo:** Analisar a incidência de violência em mulheres gestantes ocorridas em Minas Gerais, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico de base populacional, com avaliação da tendência temporal, tendo como local o estado de Minas Gerais. Para tal estudo, utilizou-se dados secundários de violência sofrida por mulheres disponibilizados na base de dados do Sistema de Informação e Agravo de Notificação (SINAN) do estado de Minas Gerais, de consulta pública e disponível no, referentes às notificações registradas no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, sendo incluídas todas as notificações registradas nos 853 municípios pertencentes ao território de Minas Gerais. **Resultados:** Ao todo 7376 notificações foram registradas por mulheres gestantes neste período de seis anos, 35,4% delas encontravam-se no primeiro trimestre de gestação e 44,1% tinham entre 20 e 29 anos, 47,6% autodeclaradas pardas e maior parte delas com 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental. O agressor em 68,2% dos casos era do sexo masculino e em sua maioria o cônjuge da vítima (33,3%). A violência de maior incidência, em 5734 dos casos notificados foi a violência física, e o meio de agressão prevalente foi Força Corporal/ Espancamento (54,5%) que aconteciam prevalentemente na residência da vítima (74,6%). **Conclusão:** Nota-se que as decisões objeto deste estudo denotam a magnitude do problema, evidenciando também um problema de saúde pública. Os dados coletados apontam que estas gestantes estavam no primeiro trimestre de gestação, tendo o cônjuge como agressor, sendo o tipo de violência mais presente, a física, pela força corporal/Espancamento e na residência da vítima.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Violência Doméstica. Mulher Gestante.

ABSTRACT

Introduction: Since humanity began, violence has been manifested in many different configurations and directed at different population segments or individuals, mostly at some physical, social, economic, cultural or emotional disadvantage. Although violence between intimate partners is a universal episode, occurring in all social groups, the aggressions suffered by women during the gestational period affect, mostly, young people or adolescents, according to research reported. It is believed that these figures reflect a period of vulnerability and insecurity on the part of the victims. **Objectives:** To analyze the incidence of violence in pregnant women in Minas Gerais, Brazil. **Method:** An ecological study aimed at a population base with an evaluation of the temporal, based in the state of Minas Gerais. For this study, secondary data of violence suffered by women will be used, made available in the database of the Information System and Notification Appeal (SINAN) of the state of Minas Gerais, for public consultation and available at, referring to notifications registered from January 2015 to December 2020, including all notifications registered in the 853 municipalities belonging to the territory of Minas Gerais. **Results:** In all, 7376 notifications were registered by pregnant women in this 6-year period, 35.4% of them were in the first trimester of pregnancy and 44.1% were between 20 and 29 years old, 47.6% were self-declared brown and most of them with incomplete 5th to 8th grade of EF. The aggressor in 68.2% of the cases was male and the majority was the spouse of the victim (33,3%). The most prevalent violence, in 5734 of the notified cases, was physical violence, and the prevalent means of aggression was Corporal Force / Beatings (54.5%) that occurred predominantly in the victim's residence (74.6%). **Conclusion:** A pregnant woman has been a target of violence, requiring more and more attention of professionals from both the legal field as healthcare and social policy strategies and health are important for the prevention and treatment of this problem.

Keywords: Women's Health. Domestic Violence. Pregnant Women.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mapas do Brasil e do Estado de Minas Gerais	24
FIGURA 2 - Casos de Violência Doméstica contra gestantes notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais.	26

LISTA DE SIGLAS

BO - Boletins de Ocorrência Policial

DDM - Delegacia de Defesa da Mulher

DOU - Diário Oficial da União

EF - Ensino Fundamental

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação e Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELA

TABELA 1. Perfil das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.	27
TABELA 2. Grau de escolaridade das gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica nos anos de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.	28
TABELA 3. Período gestacional das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.	28
TABELA 4. Sexo do agressor das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.	29
TABELA 5. Vínculo/grau de parentesco do autor da agressão com as vítimas gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica nos anos de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.	29
TABELA 6. Tipos de violência e tipos de violência sexual sofrida pela mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.	30
TABELA 7. Meios de agressão utilizados pelo autor na violência contra a mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.	31
TABELA 8. Local de ocorrência da violência contra a mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Violência contra a mulher	15
2.2 Violência contra a mulher gestante	18
2.3 Repercussões da violência nas políticas públicas de saúde	19
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4. MÉTODO	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 População de estudo.....	24
4.3 Coleta de dados	24
4.4 Organização e análise dos dados	25
4.5 Aspectos éticos	26
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSSÃO	33
7. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	45

1. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade a violência se manifesta em diferentes configurações e é direcionada a diversos segmentos populacionais ou indivíduos, que em sua maioria, encontram-se em alguma desvantagem física, social, econômica, cultural ou emocional.

Pode-se definir violência por qualquer uso intencional de poder, manifesto por meio de ameaças e até o ato da agressão real contra si mesmo, contra o outro ou direcionado a grupos, onde em seu resultado se verifica danos físicos, psicológicos e emocionais nos seus diversos graus de prejuízo (COSTA et al., 2018).

Neste estudo disserta-se sobre uma forma de violência direcionada ao gênero feminino. Para tanto, é preciso entender de forma breve e sucinta o caminho das mulheres e as opressões em suas diversas formas sofridas por ela na sociedade em que vivemos ao longo da história.

Do ponto de vista econômico, político e social a mulher sempre foi subjugada ao poderio dominador dos homens. Relatos históricos de relações de poder e visibilidade social eram sempre direcionados ao gênero masculino, colocando assim a mulher em um plano secundário e opressivo (SANTOS, OLIVEIRA, 2010).

Tradicionalmente o domínio masculino se sobrepôs aos mínimos direitos femininos. A autoridade do homem na sociedade ocidental, e brasileira, no nosso caso específico, sempre foi além do poder político apenas. A figura masculina dominou todas as decisões sociais por séculos, seja na política, com a proibição do sufrágio, do voto e da voz das mulheres; religiosas, com a impossibilidade de comando na igreja, notadamente androcêntrica; familiar, com o patriarcado sendo o *status quo* das relações dos clãs; sociais, com a impossibilidade de acesso igualitário ao trabalho, salários, bens, relações comerciais e contratuais; jurídicas, com o estabelecimento do pátrio poder no ordenamento jurídico civil nas relações privadas, além da incapacidade civil plena das mulheres, submetendo-as aos seus cônjuges, pais ou irmãos nos contratos jurídicos reconhecidos (SÁ ROCHA, 2016; BRASIL, 1916; BRASIL, 1932).

Diante deste histórico, desencadeia-se no presente certas violências oriundas de uma cultura machista opressora. O presente estudo aborda um subtipo de violência que acomete em sua maioria o gênero feminino, a violência doméstica. Este ato seja físico, sexual, psicológico ou emocional se torna ainda mais complexo

quando esta mulher vivencia o período gestacional, pois coloca em risco a vida de mais um indivíduo, o bebê.

Assim, embora a violência entre parceiros íntimos seja um episódio universal, ocorrendo em todos os grupos sociais, as agressões sofridas por mulheres durante o período gestacional acomete, em sua maioria, jovens ou adolescentes, conforme pesquisa relatada. Acredita-se que estes números refletem um período de vulnerabilidade e insegurança por parte dessas vítimas (RAMALHO et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que a violência por parceiros íntimos durante a gravidez acontece em todo o Brasil. No ano de 2000 o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569 /GM, 01/06/2000, instituiu o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, através da melhoria do acesso e qualidade de assistência aos períodos de pré-natal, parto e puerpério (CARNEIRO et al., 2016).

Torna-se importante ressaltar ainda o momento em que as políticas públicas de saúde voltaram seu olhar para a mulher. Anteriormente ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 80 do século XX, pouquíssimas, ou quase nenhuma política voltada à saúde da mulher, especialmente ao enfrentamento da violência doméstica havia sido criada pelo poder público. Somente com o advento da nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que mudou os paradigmas jurídico-sociais da nação, é que o bem-estar social passa a figurar como centralizador das políticas de Estado (MEDEIROS, GUARESCHI, 2009).

Com esse novo padrão constitucional a saúde passou a ser considerada, não apenas como a não-presença de doença, mas como o bem-estar físico, psíquico e social, explicitado no artigo 6º da Carta Constitucional de 1988 e na Lei nº 8.080/90, e para isso, políticas de promoção, prevenção e cuidado ganharam não só a atenção dos profissionais da saúde, mas de técnicos e outros profissionais de modo multidisciplinar que, em suas áreas de atuação, como segurança, meio ambiente, assistência social e outros, passaram a pensar e planejar a saúde de modo universal, integral, e igual. Nesse meio, as políticas públicas de saúde da mulher começaram a germinar e tomar forma sistemática e científica através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (MEDEIROS, GUARESCHI, 2009).

A partir do interesse em pesquisar essa temática, surge a questão norteadora da pesquisa realizada: Qual a incidência e os fatores associados à violência em seus diversos graus, contra mulheres grávidas no estado de Minas Gerais, Brasil. Assim, tem-se como hipótese desse estudo que a incidência de mulheres em período gestacional vem aumentando e tem influência de fatores sociodemográficos.

Portanto, a principal finalidade deste estudo, é a sistematização e parametrização de informações relevantes e oportunas que darão subsídios aos poderes governamentais para a criação de políticas públicas e estratégias destinadas ao enfrentamento da violência doméstica contra as gestantes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência contra a mulher

A violência contra a mulher é um dos subtipos de violência considerados hoje um dos maiores problemas de saúde pública a serem combatidos no Brasil. Mas foi apenas após a promulgação da Lei 11.340 de 07 de agosto 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha e sua posterior entrada em vigor (45 dias após) que a agressão à mulher se tornou pauta frequente dos debates públicos, tanto na mídia, quanto nos círculos sociais, políticos, acadêmicos, culturais e até na internet. A referida lei fomentou a conscientização da sociedade da época em se tratar do tema violência doméstica (AUDI et al., 2008).

Algumas inovações no ordenamento jurídico brasileiro foram trazidas pela Lei 11.340/2006, como nas Disposições Gerais - artigo 5º, incisos I a III, que dispõe acerca da tipificação do crime de violência contra o gênero feminino, a mulher e contra o seu núcleo familiar:

Qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

Essa inovação legislativa alterou o Código Penal Brasileiro - Decreto-Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940 - no que tange à aplicação das penas ao agressor, agravando-lhe a sanção quando se tratar de agressão à mulher, cf. Art. 61 - II - f:

Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: II - ter o agente cometido o crime: f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, ou com violência

contra a mulher na forma da lei específica (BRASIL, 1940).

Após longos anos de luta por direitos, na década de 1980, o Poder Público permitiu uma maior abertura de diálogo com a implementação de políticas públicas com intuito de fazer o enfrentamento da violência contra as mulheres. Década marcada pela participação de movimentos feministas em conselhos integrantes do Poder Executivo em alguns estados do Brasil, dentre eles a inauguração da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), em 6 de agosto de 1985, marco de um reconhecimento público da violência contra as mulheres como um tipo penal, segundo o Panorama de violência contra as mulheres no Brasil (BRASIL, 2016).

Outro marco significativo, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011), com o propósito de amparar as vítimas de violência através de programas que envolviam diversos setores como saúde, segurança, justiça, educação, assistência social e outros que contribuiriam com atendimentos qualificados, combatendo a desigualdade de gênero (SOUZA, REZENDE, 2018).

A partir do advento de movimentos femininos iniciados na década de 1960, seguidos do reconhecimento dos direitos da mulher como direitos humanos fundamentais, este fenômeno da violência se revelou como uma problemática social. E em detrimento de transformações sociais e desenvolvimentos econômicos e tecnológicos, a hostilidade contra as mulheres ainda persiste, principalmente em contextos de relações desiguais de poder entre os gêneros. Essa dinâmica entre os gêneros são frutos de papéis sociais construídos ao longo da história, onde homens detinham privilégios sobre as mulheres e sobre essas mantinham controle, dominação e autoridade (SANTOS et al, 2017).

Um estudo realizado no Brasil pela OMS, apontou que cerca de 30% das mulheres que disseram ter sido agredidas pelo parceiro afirmam que foram vítimas tanto de violência física como de violência sexual; mais de 60% admitem ter sofrido apenas agressões físicas; e menos de 10% contam ter sofrido apenas violência sexual. Entre os meses de janeiro e novembro de 2018, a imprensa brasileira noticiou 14.796 casos de violência doméstica em todas as unidades federativas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2018).

Ainda segundo este estudo, 58% dos agressores de mulheres são seus companheiros (namorados, maridos, ex-parceiros, etc.). O restante, 42%, são pais,

filhos, avôs, padrastos e tios, familiares em geral. As vítimas em sua maioria (83,7%) estão na faixa etária de 18 a 59 anos (BRASIL, 2018).

Na fase gestacional inúmeras mudanças físicas e psicológicas são constatadas na mulher, que as tornam mais sensíveis, frágeis e passíveis de maior atenção e cuidados por parte do companheiro e familiares. Porém, mesmo nesse momento a mulher não sai desta triste estatística (CARNEIRO et al., 2016).

Mesmo sendo essa a fase da vida da mulher onde se espera maior proteção e cuidado, a violência sofrida gera maior propensão ao abandono ou inadequação do acompanhamento pré-natal. A gestante violentada pode sofrer consequências que serão identificadas durante o acompanhamento, por profissionais capacitados, que criam vínculos facilitadores com a paciente nesse período, visto que a consequência para o recém-nascido, como aborto espontâneo, parto prematuro, sofrimento fetal e baixo peso ao nascer devem ser considerados (OLIVEIRA et al., 2015).

De acordo com Santos et al., (2017) a exposição à violência reduz drasticamente a qualidade de vida das mulheres vítimas de agressão, atingindo negativamente a saúde física, psicológica e principalmente a social, fazendo as vítimas isolarem-se cada vez mais e perderem gradativamente sua rede de apoio, tornando-se vulneráveis e com poucas estratégias de enfrentamento. Este é um ciclo difícil de ser rompido.

Assim sendo, além dos danos físicos consequentes à mãe e ao bebê, os danos psicológicos resultantes aos atos de violência não podem ser desprezados. Segundo Zancan e Habigzang (2018) a violência é considerada também como um fator desencadeador de doenças mentais como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, transtornos alimentares, dentre outros.

Segundo Santos e Monteiro (2018), os transtornos mentais comuns estão presentes com maior frequência entre mulheres. Outra questão que se relaciona com os transtornos mentais comuns em mulheres é a violência.

Quando se trata da saúde do bebê, Leite et al., (2019) alerta para o fato de que a exposição à violência pode levar a inúmeras complicações, e, constitui um agravo pouco valorizado pelos serviços de saúde, sendo em muitas vezes invisível e silenciado.

É importante ressaltar que segundo a pesquisa realizada a nível federal pelo senado brasileiro no ano de 2015, essas vítimas também possuem um perfil sociodemográfico característico e revelou que as mulheres com menor nível de

instrução são as mais atingidas; apontou ainda que grande parte delas que fazem a denúncia são ouvidas com qualidade de serviço pela delegacia da mulher (BRASIL, 2015).

Situações de violência contra a mulher podem ser evitadas, prevenidas e enfrentadas através da formulação de estratégias de assistência a essas vítimas com políticas públicas de saúde direcionadas a este nicho social. No atual cenário da saúde pública do Brasil, os profissionais não estão, em geral, habilitados para diagnosticar a violência doméstica. Sendo assim, acredita-se que este estudo possa oferecer informações importantes para o desenvolvimento destas estratégias.

2.2 Violência contra a mulher gestante

Durante o período gestacional a mulher aspira cuidados, condições agradáveis e ambientes favoráveis ao pleno desenvolvimento físico, psíquico e emocional da mãe e do bebê, para que esta possa conceber sua gestação positivamente, pelo menos é o que se espera quando a mulher é envolta de um ambiente propício e encorajador.

A violência durante a gravidez é considerada uma questão de interesse mundial, por ser este um fator de risco para a incidência de violência doméstica, que tem como consequência o abortamento e a natimortalidade (DINIZ et al., 2011).

Um estudo realizado no estado da Bahia, publicado no ano de 2012, entrevistou 147 mulheres internadas por aborto provocado, apontou que 88% das entrevistadas (130 mulheres) declararam vivência de violência doméstica em algum momento de suas vidas, entre estas, 47% sofreram violência na gestação atual. Das mulheres que sofreram violência doméstica na gravidez atual, 67% disseram ter realizado o aborto em decorrência desta vivência. Estes dados despertam a associação entre vivência de violência doméstica e o aborto provocado (DINIZ et al., 2011).

O estudo supracitado apontou ainda a associação de sintomas de transtorno por estresse pós-traumático às vítimas de aborto provocado. Sintomas como sentimento de desamparo, falta de concentração, lapsos de memória, sonhos que se repetem, flashbacks que fazem com que reviva o trauma, distúrbios do sono, assustar-se facilmente, dificuldade de orientação espacial, julgar a si mesma /culpa,

isolamento, diminuição do interesse pela vida e sentir-se indigna /não se dar valor, foram avaliados nessas mulheres. Ainda neste estudo foi possível detectar que:

A maioria das entrevistadas disse ter história de violência doméstica, praticada pelo cônjuge e expressa nas formas psicológica, física e sexual. Quase metade das mulheres a vivenciaram durante a gravidez atual, 67% das quais declararam ser este o motivo que as levou a decidir pelo aborto (DINIZ et al., 2011).

As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde já apontam para as consequências sobre a saúde física e mental dessas mulheres, assim como sobre os membros de sua família (BRASIL, 2012).

2.3 Repercussões da violência nas políticas públicas de saúde

Em reconhecimento aos impactos sociais e econômicos, especialmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), visando expandir suas políticas preventivas e promocionais, é lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2002).

Com o intuito de reconhecer a importância de um olhar diferenciado para a saúde da mulher, no ano de 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com diretrizes que orientassem as políticas de saúde da Mulher. Este teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado, em 1983, fruto dos grandes movimentos feministas desta década (BRASIL, 2004).

A PNAISM foi constituída com a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou também contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não-governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a elaboração dessas novas políticas, o governo federal lançou e homologou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96

seção 1e, de 18/5/01 – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Nesta publicação consta a delimitação de seus objetivos como:

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Faz ainda menção à violência como resultado de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais, assumindo através deste documento o ato violento como evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (BRASIL, 2002).

A partir dessa caracterização os casos de violência e acidentes eram até então limitados às informações oferecidas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas. Foi o momento em que no ano de 2006 aconteceu a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) ampliando o número de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos que atingem pessoas em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2015).

Com o propósito de coletar e processar os dados sobre agravos de notificações no âmbito federal, na década de 90 foi criado o Sistema de Informação e Agravo de Notificação (SINAN), nele é possível acesso aos elementos coletados a partir do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez, notifica doenças e agravos, presta serviços a grupos populacionais ou orienta condutas dentre outras funções. Através deste repositório de informações fornecida pelo SINAN e suas fichas de coleta de dados, é possível desenvolver estudos tabulando-os de forma a fornecerem informações para detectar epidemias a níveis municipal, estadual e federal, verificar ocorrência das doenças e agravos em determinadas regiões, espaços temporais, dentre tantas outras finalidades estatísticas e metodológicas desta ferramenta de extrema utilidade científica (LAGUARDIA et al., 2004).

Em 2011 a portaria nº 104 de 25 de Janeiro, do Ministério da Saúde, no art 7º estabelece a obrigatoriedade de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências que passam a integrar a lista de notificação compulsória para todos os profissionais de saúde no exercício de sua profissão (BRASIL, 2011).

Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 9 de junho de 2014, em seu artigo 14, ficou revogada a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2014).

Em suma, esta Portaria nº 1271 de 06 de junho de 2014 revogou a Portaria 104/2011 e estabeleceu a notificação imediata (em menos de 24 horas) para violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal, com o objetivo de agilizar o atendimento à vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de acordo com o preconizado na norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes em até 72 horas da agressão (mais precocemente possível). Neste momento houveram significativas alterações na ficha de notificação de violências no SINAN versão 5.0 e logo mais tarde a 5.1 (BRASIL,2011; BRASIL 2014).

A efetividade de todo este compêndio de portarias e notificações se tornou possível com a eficácia do setor de vigilância epidemiológica de violências e acidentes, quando o ministério da saúde publicou a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (versão 15.06.2015).

A violência é um problema de saúde pública e sua notificação é fundamental para a vigilância em saúde e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. A definição de caso de violência, segundo o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação às violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a incidência de violência em mulheres gestantes ocorridas em Minas Gerais, Brasil.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil das mulheres gestantes agredidas;

Identificar o perfil do agressor, o grau de parentesco do autor com a vítima e o sexo deste;

Identificar o perfil da violência, tipo de violência, meio e o local de agressão sofrido pela mulher gestante notificada.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de base populacional, com avaliação da tendência temporal. Tendo como local de estudo os 853 municípios pertencentes ao estado de Minas Gerais, Brasil. Os municípios em questão possuem uma população com cerca de 21.119.536 habitantes (IBGE, 2017). Usadas as informações da taxa de incidência dos casos de violência sofrida por mulheres, variáveis ambientais, culturais, socioeconômicas.

4.2 População do estudo

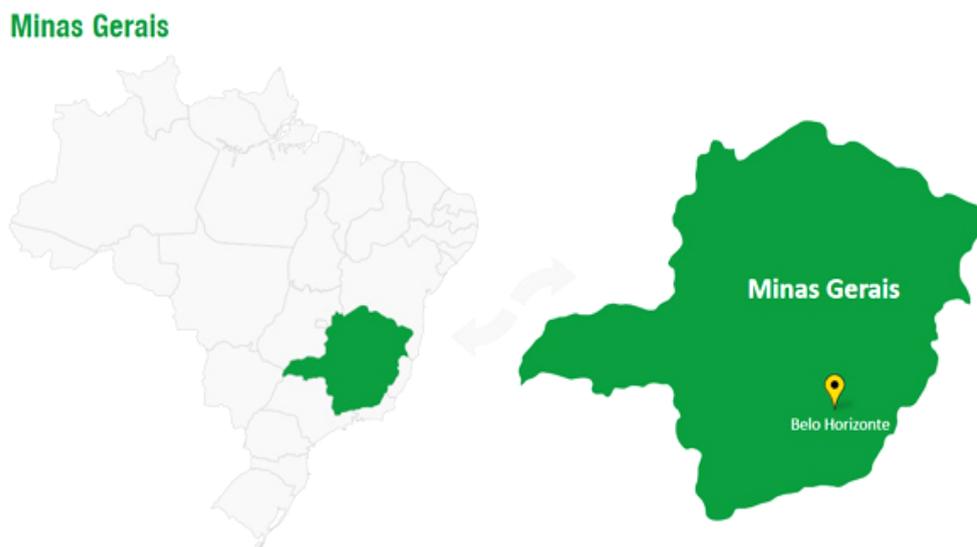
Para construção das taxas, a população foi composta do número de casos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, de mulheres em todos os períodos gestacionais que foram notificadas por algum serviço de saúde como vítimas de violência doméstica. O cálculo das demais variáveis foi realizado através do número de cada variável, tendo como denominador o número total de casos notificados.

4.3 Coleta de dados

Para tal estudo, utilizou-se dados secundários de violência sofrida por mulheres disponibilizados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado de Minas Gerais. O endereço é de consulta pública e disponível no (<http://tabnet.saude.mg.gov.br>). Os registros analisados foram referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, onde foram incluídas todas as notificações em nível estadual.

Para consulta dos dados foram utilizados os programas TABNET. Esses tabuladores foram desenvolvidos para realização de tabulações rápidas sobre arquivos DBF. Os dados foram coletados por dois pesquisadores independentes para identificar possíveis discrepâncias.

Figura 1. Mapas do Brasil e do Estado de Minas Gerais.



Fonte: <https://www.digitalofficepro.com/ppt/minas-gerais-brazil-powerpoint-map-slides-007M23.html>

4.4 Organização e análise dos dados

Foram construídas as taxas de incidência de notificação de forma bruta e padronizada pela população da OMS. Para análise de tendências seguiu indicações metodológicas apresentadas por Antunes e Cardoso (2015). Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Para a construção das séries temporais foi utilizado análise de regressão de Prais-Winsten que permite efetuar correção de autocorrelação de primeira ordem na análise de séries de valores organizados no tempo. Em seguida foram calculadas as taxas de crescimento ou declínio anual, específicas por sexo e idade.

Para a análise descritiva das variáveis qualitativas utilizou-se frequência absoluta e frequência relativa. Para as variáveis quantitativas medidas de tendência central, dispersão e respectivos intervalos de confiança de 95% mediante teste de normalidade (Teste de Shapiro- Wilk).

Por fim, para analisar a tendência da incidência de agressão contra mulher aplicou-se uma regressão linear. O programa estatístico usado será o Data Analysis and Statistical Software for Professionals (Stata) versão 16.0®.

4.5 Aspectos éticos

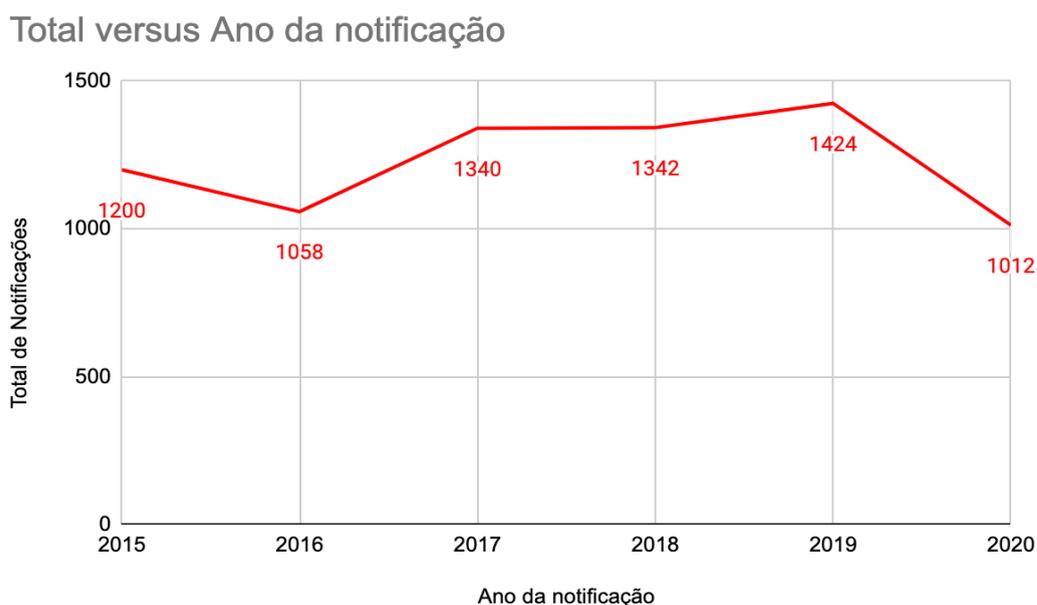
O presente estudo seguiu as normas dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, na qual orienta que pesquisas envolvendo apenas dados secundários de domínio público sem identificação dos participantes da pesquisa, ou sem envolvimento de seres humano e, portanto, sem a necessidade de aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS

Entre o período de janeiro de 2015 e dezembro de 2020, nos 853 municípios pertencentes ao território de Minas Gerais, foram notificados 7.376 casos de violência doméstica contra mulheres gestantes. Estas notificações acontecem através da Ficha de Notificação de Violências no SINAN (ANEXO A). Ao todo, ao longo destes seis anos foram notificados 194.526 casos de violência doméstica contra mulheres, sendo 7.376 mulheres violentadas durante seu período gestacional.

Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020 estes 7.376 casos variaram entre 1012 casos no ano de 2020 e 1424 no ano de 2019.

Figura 2. Casos de violência doméstica contra gestantes notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais.



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS - www.datasus.gov.br). Ministério da Saúde, Brasil.

O perfil das gestantes violentadas não foge ao citado em inúmeras pesquisas. São em sua maioria mulheres autodeclaradas pardas (46,6%), com idade entre 20 a

29 anos (43,3%) e com baixo nível de escolaridade, 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental.

Nas tabelas a seguir é possível a visualização detalhada do perfil dessas gestantes. Seguida de um número significativo de mulheres autodeclaradas brancas (31,1%) e pretas (14,3%).

A maioria das mulheres vítimas tinham entre 20 e 29 anos, porém um número também significativo de mulheres entre 15 e 19 anos foram vítimas desta violência.

Tabela 1. Perfil das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.

Mulheres vítimas de Violência Doméstica	%	Número Total
Total de Mulheres	96,3%	194526
Total de Mulheres Gestantes	3,7 %	7375

Faixa etária	%	Número Total
10 a 14 anos	6,9%	502
14 a 19 anos	22,9%	1661
20 a 29 anos	44,1%	3196
30 a 39 anos	20,9%	1518
40 a 49 anos	4,9%	360

Raça	%	Número Total
Ign/Branco	5,6%	410
Branca	31,1%	2293
Preta	14,3%	1058
Amarela	1,0%	74
Parda	47,6%	3508
Indígena	0,4%	33
Total		7375

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Grau de escolaridade das gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica nos anos de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.

Grau de escolaridade da vítima gestante	Número Total
Ign/Branco	1964
Analfabeto	46
1ª a 4ª série incompleta do EF	353
4ª série completa do EF	305
5ª a 8ª série incompleta do EF	1459
Ensino fundamental completo	787
Ensino médio incompleto	965
Ensino médio completo	1166
Educação superior incompleta	175
Educação superior completa	155

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao período gestacional das vítimas, constatou-se que o período de maior incidência de violência ocorreu no primeiro trimestre de gestação, seguido do segundo trimestre por 86 casos.

Tabela 3. Período gestacional das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.

Período gestacional das mulheres vítimas de violência doméstica	%	Número Total
Primeiro Trimestre	35,4%	2614
Segundo Trimestre	34,2%	2528
Terceiro Trimestre	20%	1503
Idade gestacional Ignorada	9,9%	731

Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os dados notificados pela vítima sobre o possível agressor nos deparamos com os seguintes resultados: a maioria dos agressores foram do sexo masculino (68,2%), conforme tabela 4.

Tabela 4. Sexo do agressor das mulheres gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica no estado de Minas Gerais nos anos de 2015 a 2020. Brasil, 2020.

Sexo do agressor	%	Número Total
Masculino	68,2%	5033
Feminino	3,7%	1687
Em branco	2,1%	158
Ignorado	4,4%	321
Ambos os sexos	2,4%	177

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao grau/vínculo de parentesco do agressor com a vítima, constatou-se que 33,3% das vítimas foram agredidas por seus cônjuges, seguido de amigos/conhecidos (12,9%) e namorado (10,6%). Ainda, conforme ilustram as tabelas a seguir, 31% dos agressores aparentavam estar sob suspeita de uso de álcool ao cometer a agressão.

Tabela 5. Vínculo/grau de parentesco do autor da agressão com as vítimas gestantes notificadas como vítimas de violência doméstica nos anos de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.

Vínculo/grau de parentesco do autor com a vítima	Número Total
Pai	165
Mãe	169
Padrasto	90
Madrasta	9
Cônjuge	2168
Ex-cônjuge	396
Irmão(a)	294
Filho(a)	72

Ex-namorado(a)	271
Namorado(a)	690
Própria pessoa	662
Desconhecido(a)	615
Policial/Agente da Lei	15
Amigos/Conhecido	841
Patrão/Chefe	20
Cuidador(a)	6
Pessoa com relação institucional	22

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao tipo de violência cometido notificou-se os seguintes tipos: tortura, violência física, violência psicológica/moral, tráfico de seres humanos, violência sexual, violência negligência/abandono, violência financeira/econômica e outras violências. O tipo prevalente foi a violência física, seguido violência psicológica/moral, violência sexual e tortura, nesta ordem. Das violências sexuais, 77,2 % das notificadas foram estupro, sendo as demais alternativas o assédio sexual e a exploração sexual.

Dos 7376 casos notificados, 2284 (31,0%) mulheres notificaram a vítima como sob suspeita de uso de álcool, 3230 (43,8%) acreditavam que estes não estavam sob este efeito e 1862 (25,2%) não souberam responder.

Tabela 6. Tipos de violência e tipos de violência sexual sofrida pela mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.

Tipo de Violência sofrida pela mulher gestante	Número Total
Tortura	309
Violência Física	5734
Violência Psicológica/moral	2856
Tráfico de seres humanos	4
Violência Sexual	1013
Viol. Negligência/Abandono	180
Viol. Financeira/Econômica	84
Outras violências	31

Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	%	Número Total
Assédio Sexual	19,3%	218
Estupro	77,2%	870
Exploração sexual	3,5%	39

Fonte: Elaboração própria.

Outro dado disponível para a análise coletado no sistema de notificação do SINAN foi o meio de agressão. Os meios disponíveis durante o preenchimento da ficha de notificação individual foram: força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça e outra agressão. Destas supracitadas a mais notificada pelas gestantes foi a força corporal/espancamento (54,5%), seguida da ameaça (16,2%) e envenenamento (7,5%), como exposto na tabela a seguir.

Tabela 7. Meios de agressão utilizados pelo autor na violência contra a mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.

Meio de agressão	%	Número Total
Enforcamento	5,8%	515
Objeto Contundente	3,3%	290
Objeto pérfuro-cortante	4,8%	430
Substância objeto quente	0,3%	28
Envenenamento	7,5%	668
Arma de fogo	1,5%	131
Ameaça	16,2%	1444
Força Corporal/ Espancamento	54,5%	4862
Outros meios	6,1%	546

Fonte: Elaboração própria.

Um dado importante da ocorrência também foi notificado nesta ficha, o local em que ocorreu o ato violento. Os locais passíveis de notificação disponibilizados da ficha foram: residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção e outros. O local com

maior número de notificações foi a residência com 74,6% dos casos, seguido de via pública com 16,4%. E o índice de casos de violência reincidentes, ou seja, por repetição, foi de 49,6%.

Tabela 8. Local de ocorrência da violência contra a mulher gestantes, notificados do ano de 2015 a 2020 no estado de Minas Gerais. Brasil, 2020.

Local de ocorrência da violência	%	Número Total
Residência	74,6%	4990
Habitação Coletiva	0,6%	42
Escola	0,8%	51
Local de prática esportiva	0,2%	15
Bar ou Similar	2,0%	134
Via pública	16,4%	1097
Comércio/Serviços	1,0%	69
Indústrias/construção	0,1%	6
Outros	4,3%	285

Fonte: Elaboração própria.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mensuram o número de notificações de violência doméstica realizada pelos serviços de saúde no estado de Minas Gerais, e apontou o total de 194.526 mulheres violentadas entre os anos de 2015 e 2020. Uma média de 32.421 mulheres violentadas por ano, 2.701 por mês, 87 por dia e a média de 3,7 mulheres que chegaram aos serviços de saúde por hora, relatando seus casos de violência doméstica. Destas mulheres, 7.376 (3,7%) estavam gestando um bebe no momento da agressão.

As notificações destas gestantes agredidas apresentou uma curva ascendente desde o ano de 2015 até o ano de 2019, apresentando uma queda pouco significativa no ano de 2020 e uma pequena queda no ano de 2016.

O ano de 2020 foi marcado por uma pandemia global, um vírus classificado SARS-CoV-2, popularmente chamado de Coronavírus, identificado em Wuhan, na China, no dia 31 de dezembro de 2019, se espalhou rapidamente por todo o mundo. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o surto da doença como pandemia. Alguns dias depois algumas mortes aconteceram no Brasil resultantes da infecção por este vírus (BRASIL, 2020).

Em decorrência desta pandemia e dos seus impactos a nível global, o sistema nacional de saúde emitiu algumas notas de orientação aos governos estaduais e municipais, como a recomendação N° 036, de 11 de maio de 2020, com medidas de distanciamento social mais restritivo (*lockdown*), que resultou em uma intervenção rigorosa aplicada em algumas comunidades, cidades ou regiões através da proibição de que as pessoas saíssem dos seus domicílios, exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência, com o objetivo de reduzir drasticamente o contato social (BRASIL, 2020).

Pode-se conjecturar como resultado dessas políticas públicas para controle da propagação da COVID-19 a diminuição da demanda ou mesmo o temor da população em buscar os serviços regulares de saúde e como resultante, haveria de fato uma subnotificação de casos de notificação compulsória, inclusive as de violência contra a mulher no ano de 2020, mas, ainda é extemporâneo o levantamento de dados para confirmação de tal tese.

Quanto ao perfil dessas mulheres, diversos estudos realizados com mulheres vítimas de violência doméstica apontam para um perfil semelhante. Conforme Leite

et al., (2017) em seu artigo sobre violência contra mulher em Vitória, no estado do Espírito Santo, Brasil, descreve o perfil de mulheres menores de 40 anos, autodeclaradas pardas, assim como apontados neste estudo, em que 47,6% das vítimas se autodeclararam pardas e 43,3% tinham entre 20 e 29 anos, ressaltando a existência de um número também significativo de mulheres entre 15 e 19 anos foram vítimas desta violência mesmo sendo grande parte desta faixa etária na menoridade penal, considerada vulnerável (BRASIL, 1940).

O grau de escolaridade das mulheres gestantes deste estudo prevaleceu entre 5ª a 8ª series incompleta, assim como no estudo realizado por Moura, Netto e Souza (2012) em delegacias especializadas de atendimento à mulher na região metropolitana do Rio de Janeiro, 60,3% das mulheres em situação de violência tinham ensino fundamental incompleto. O estudo ainda ressalta que por outro lado, é importante observar que estas mulheres reconhecem os seus direitos e têm informações quanto ao local para realizar o registro em boletim de ocorrência. A maioria dessas mulheres estavam entre o primeiro e segundo trimestre de gestação (69,7%).

Vale ressaltar que estudos como os de Meireles e Costa (2004) apontam para a gestação como um momento de desenvolvimento mais significativo da vida adulta, a níveis biológico, cognitivo, emocional, relacional e social.

É na medida em que se reconhece a continuidade entre a relação mãe-bebê, no período pré e pós-natal, que se sublinha a importância da intervenção psicológica na gravidez como intervenção precoce para a prevenção de dificuldades relacionais posteriores [...] Assim como é inquestionável a importância das condições médicas e nutricionais para a saúde materno-infantil, não podemos ignorar a importância que o contexto emocional e relacional também assume para a qualidade do desenvolvimento do novo ser. (MEIRELES E COSTA, 2004).

Entretanto, ainda não existem estudos científicos conclusivos sobre o impacto real da violência doméstica durante o processo gestacional na vida desta criança em formação. Diante disto, ressalta-se neste estudo a evidência da necessidade de maiores investimentos científicos nesta abordagem neonatal.

Uns números significativos de 68,2% das gestantes deste estudo foram agredidos pelo sexo oposto, o que mais uma vez ressalta a desigualdade de gênero como uma das grandes contradições da sociedade se mantendo ao longo da história

da civilização, onde a mulher é firmada em uma posição de subordinação e dominação em suas variadas formas (SANTOS et al., 2017).

Em diversas partes do Brasil, pesquisas em torno da violência doméstica apontam para o homem como o principal agressor das mulheres em seus diversos momentos de vida. O estudo realizado por Leite et al., (2017) no estado do Espírito Santo mostrou que, no último ano, cerca de 25% das usuárias do serviço de saúde já vivenciaram violência psicológica cometida pelo parceiro íntimo, e aproximadamente 10% foram vítimas de agressão física.

E se tratando do agressor, estudos como o de Scott e Oliveira (2018) realizado na região nordeste do Brasil, que abordaram o perfil de autores de violência doméstica, ressalta o agressor como alguém próximo a vítima. A pesquisa aponta para agressores no lugar de ex-parceiros e parceiros da vítima como predominantes no quesito proximidades.

Corroborando com os achados do estudo, onde o perfil do agressor, aborda proximidade com a vítima, apresentando um total de 33,3% dos agressores cônjuges das vítimas gestantes.

Outro estudo realizado por Yohannes et al., (2019) com gestantes vítimas de violência doméstica na Etiópia, relatou que 88% das mulheres foram agredidas por seus cônjuges.

Gedrat, Silveira e Neto (2020) em seu estudo sobre o perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica no Brasil, apontam como um fator contribuinte para a violência o uso de bebidas alcoólicas, cujo efeito é propenso a favorecer comportamentos violentos. Na amostra realizada por eles, 15% dos autores estavam sob efeito de algum tipo de substância alcoólica. O que salienta nosso estudo é que 31% dos agressores suspeitos de estar sob uso de álcool durante o ato da violência.

Quanto ao tipo de violência sofrida, constatou-se que a maioria das mulheres gestantes chegaram aos serviços de saúde com queixa de violência física, 5.734 gestantes relataram ter sofrido algum tipo de violência física, seguido por violência psicológica/moral, violência sexual e tortura, nesta ordem.

O estudo realizado na Etiópia por Yohannes (2019), apontou que 132 (44,1%), 117 (39,1%) e 71 (23,7) mulheres sofreram violência física, psicológica ou sexual, respectivamente. Outro estudo realizado na Grécia por Antoniou e Iatrakis (2019), apontou que existem gestantes agredidas fisicamente, sendo esta a forma predominante de agressão, que a maior parte das lesões estão na face e abdômen,

e que os meios mais comuns de agressão são esbofetear ou empurrar e socos da face.

Estes dados se correlacionam com esta pesquisa, na medida que podemos apontar os meios disponíveis durante o preenchimento da ficha de notificação individual que foram: força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto pérfuro-cortante, substância objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça e outra agressão. Destas supracitadas, a mais notificada pelas gestantes foi a força corporal/espancamento (54,5%), correlacionada aos dados coletados na Grécia, seguida da ameaça (16,2%) e envenenamento (7,5%).

Outros tipos de violência também foram contabilizados como: tráfico de seres humanos, violência negligência/abandono, violência financeira/econômica e outras violências.

Dentre as gestantes deste estudo, 1.013 delas foram vítimas de violência sexual, destas 77,2% sofreram estupro, 19,3% assédio sexual e 3,5% algum tipo de exploração sexual. O resultado de uma pesquisa realizada no ano de 2017 em Fortaleza, CE, que abordou as tipificações de violência sofrida por mulheres, apontou a violência sexual como destaque de casos acometidos naquela região do Brasil, atentando-se para o fato de que a violência sexual mais praticada foi o estupro, que o autor tenha utilizado como recurso para a agressão: força corporal, espancamento, ameaças, objetos cortantes, armas de fogo, entre outros (NUNES, LIMA e MORAIS, 2017).

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa torna-se possível compreender que a violência doméstica acontece no local que deveria ser de acolhimento, conforto e tranquilidade, o que mais uma vez é apontado quando observamos o local de maior incidência da violência doméstica, que é a residência desta mulher em período gestacional, com 74,6% dos casos.

Um estudo realizado por Bonfim, Lopes e Peretto (2010) no estado do Rio Grande do Sul, constatou que a assistência pré-natal na atenção básica é centrada em ações programáticas, apresentando-se incompleta quando se trata de uma possível violência doméstica sofrida por essa mulher em atendimento. E que um sintoma associado a uma possível violência não é considerada uma conduta nesta situação.

Enfim, entende-se a necessidade da elaboração de estratégias visando qualificar, sensibilizar e fornecer subsídios técnicos para profissionais da atenção

básica, multidisciplinar e intersetorial, no sentido de entender, abordar e enfrentar a violência doméstica em mulheres durante o período gestacional enquanto uma realidade. É necessário que a violência seja compreendida em seus vários ângulos e possibilidades, desde a física até a psicológica como uma grave questão de saúde pública, visto que este cenário não está a nível individual, mas pode afetar de maneira significativa a vida da criança que está por vir.

Nesta perspectiva, a mulher gestante tem sido um alvo da violência, necessitando, cada vez mais, da atenção de profissionais, tanto da área jurídica quanto da área de saúde. Os profissionais da equipe de saúde que prestam assistência às mulheres durante todo o período gestacional precisam se atentar a esta problemática, e adquirir conhecimentos teóricos e práticos para realizar o cuidado no que se refere à escuta e ao acolhimento.

Estratégias de política social e de saúde são importantes para o tratamento do problema. Incluem-se políticas de atenção pré-natal e saúde reprodutiva; ações de informação, conscientização; capacitação de servidores da administração pública para o tratamento adequado e aprofundado dos casos de violência contra a mulher; ligação em rede dos centros municipais de prevenção e tratamento do fenômeno da violência; criação de centros de consulta e de pessoal capacitado para prestar assistência e apoio psicológico e social às mulheres grávidas.

Diante do cenário obtido e o impacto negativo que a violência doméstica acarreta em mulheres, em especial no período gestacional, devemos investigar sistematicamente a violência doméstica na atenção básica de saúde, com atenção especial direcionado às grávidas.

7. CONCLUSÃO

Concluiu-se que no estado de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2020 houve uma curva ascendente de incidência no caso de gestantes que notificaram violência doméstica desde o ano de 2015 até o ano de 2019, apresentando uma queda no ano de 2020. Estavam no primeiro trimestre de gestação, autodeclaradas pardas, entre 20 e 29 anos, tendo o cônjuge como agressor, sendo o tipo de violência mais presente, a física, pela força corporal/spancamento e na residência da vítima.

REFERÊNCIAS

ANTONIOU, Evangelia; IATRAKIS, Georgios. Domestic violence during pregnancy in Greece. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 21, p. 4222, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16214222>

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 565-576, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n1/pt_11.pdf

AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008. [Acesso em set. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&lng=en&nrm=iso>.

BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Los Registros Profesionales de la atención prenatal y la (In) Visibilidad de la violencia doméstica contra la mujer. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010. [Acesso em fev. 2021] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100015&lng=pt&nrm=iso

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3a ed. atual. e ampl., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Comissão de defesa de direitos da mulher. Mapa da violência contra a mulher. Brasília: 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 036. Fernando Zasso Pigatto. Brasília, DF. 2020. [acesso em fev. de 2020]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>

BRASIL. Decreto nº 21.076, de 24 de fevereiro de 1932. Código Eleitoral de 1932. 1932. [Acesso em outubro de 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932-507583-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.1940. [Acesso em outubro de 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

BRASIL. FEDERAL, Senado. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil. **Brasília: Senado Federal, observatório da mulher contra a violência**, 2016.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no âmbito doméstico e familiar. 2006.

BRASIL. Lei nº 3.071 de 1 de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. 1916. [Acesso em outubro de 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, viva, instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasília-DF / 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/950-saude-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/43255-entendendo-a-definicao--de-caso-da-ficha-de-notificacao-de-violencias-interpessoais-e-autoprovocadas>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é COVID-19?. 2020. [Acesso em fev. de 2020]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2011. [Acesso em jan. 2021]. Disponível em: <http://portal.in.gov.br/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n ° 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Relatório de Pesquisa DataSenado - Violência doméstica e familiar contra a mulher. Secretaria de Transparência Social. Coordenação DataSenado. 2015. Disponível em: https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/pdf/Relatrio_Violncia_Mulher_v9formatado.

CARNEIRO, Jackelyne Faienstein et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 243-255, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200243&lng=en&nrm=iso

COSTA, Laís et al. Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência [Estrategias de enfrentamiento adoptadas por mujeres víctimas de violencia]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 19334, 2018. [Acesso em set. 2019]. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19334>>

DINIZ, Normélia Maria Freire et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, 2011. [Acesso em nov. 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en&nrm=iso

GEDRAT, Dóris Cristina; SILVEIRA, Eliane Fraga da; ALMEIDA NETO, Honor de. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 138, p. 342-358, 2020. [Acesso em fev. 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200342&lng=en&nrm=iso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – internet. Brasília: Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

LAGUARDIA, Josué et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004. [Acesso em out. 2020]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300002&lng=pt&nrm=iso

LEITE, Franciele Marabotti Costa et al. The Consequences of Violence During Pregnancy for Both Fetus and Newborn: Systematic Review/Implicações para o Feto e Recém-Nascido da Violência Durante a Gestação: Revisão Sistemática. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 533-539, 2019.

Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6431>

LEITE, Franciele Marabotti Costa et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 33, 2017. [Acesso em jan. 2021]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223&lng=en&nrm=iso

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009. [Acesso em out. 2020]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso

MEIRELES, Ana; COSTA, Maria Emília. A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. **Psicologia**, Lisboa, v.18, n. 2, p. 75-98, 2004. [Acesso em fev. 2021]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2049200400020004&lng=pt&nrm=iso>

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; NETTO, Leônidas de Albuquerque; SOUZA, Maria Helena Nascimento. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-442, 2012. [Acesso em Jan. 2021]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300002&lng=en&nrm=iso

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 956-969, 2017. [Acesso em fev. 2021]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400956&lng=en&nrm=iso

OLIVEIRA, Lisiane Camargo Quialheiro de et al. Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. SPE, p. 233-238, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0233.pdf>

RAMALHO, Naiany Monise Gomes et al. Violência doméstica contra a mulher gestante. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 4999-5008, 2017. ISSN 1981-8963. [Acesso em set. 2019]. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22279>>

SÁ ROCHA, Emmanuel Ramalho. As raízes das relações de poder sobre a mulher e a natureza no cristianismo. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião-UNICAP**, v. 7, n. 14, p. 155-167, 2016. [Acesso em out. 2020]. Disponível em <http://www.unicap.br/ojs/index.php/paralellus/article/view/548>

SANTOS, Ariane Gomes dos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. [Acesso em 08 out. 2019]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100385&lng=pt&nrm=iso

SANTOS, Siellen Mayane Almeida Barreto et al. Prevalência e Perfil de mulheres grávidas que sofreram violência física. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 401-407, 2017. [Acesso em set. 2019]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5287>

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; OLIVEIRA, Leidiane. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 1, p. 11-19, 2010. [acesso em Oct. 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100002&lng=en&nrm=iso

SCOTT, Juliano Beck; DE OLIVEIRA, Isabel Fernandes. Perfil de homens autores de violência contra a mulher: uma análise documental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 2, p. 71-88, 2018. [Acesso em fev. 2021]. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000200006&lng=pt&nrm=iso

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso

YOHANNES, Kalkidan et al. The prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women in Southeast Oromia, Ethiopia. **Reproductive health**, v. 16, n.1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-019-0694-9.pdf>

ZANCAN, Natália; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 253-265, 2018. [acesso em set. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200253&lng=pt&nrm=iso

ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO SINAN (VERSÃO 5.1)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/infrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		
	29 CEP				
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	37 Identidade de gênero: 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 1-Travesti 2-Mulher Transexual 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4				
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 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 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO B- CURRÍCULO LATTES

Orientanda: Glaucia Werner Sathler Fraga



Glaucia Werner Sathler Fraga

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6942405352325952>

ID Lattes: **6942405352325952**

Última atualização do currículo em 08/03/2021.

Graduação em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (2013) - PUC-MG. Formação em Terapia Cognitiva Comportamental. Possui experiência significativa na área da educação e saúde. Atuou como psicóloga da rede particular e pública, passando por diversas áreas da saúde como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e Ambulatório infantil de saúde mental. Atua também na formação de outros profissionais da área da educação. Desenvolve trabalhos na Psicologia Clínica com avaliação neuropsicológica e atendimento voltado para criança, adolescente e adulto. Ministrante de cursos de capacitação e palestrante na área de Psicologia clínica e escolar. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome	Glaucia Werner Sathler Fraga
Nome em citações bibliográficas	FRAGA, G. W. S.
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/6942405352325952

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Alto Jequitibá MG, Secretaria Municipal de Saúde. Rua Rua Maria Virginia da Conceição s/n Guilherme Sathler 36976000 - Alto Jequitibá, MG - Brasil Telefone: (33) 33431117 URL da Homepage: http://www.altojequitiba.mg.gov.br/
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2017	Mestrado em andamento em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (Conceito CAPES 3). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil. Orientador: Ítalla Maria Pinheiro Bezerra.
2008 - 2013	Graduação em Psicologia. Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, CESJF, Brasil. Título: A VIABILIDADE FINANCEIRA DO CAPS NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DA MICRORREGIÃO DE CARANGOLA / MG. Orientador: Dulce Duarte Lopes.

Formação Complementar

2015 - 2016	Formação em Terapia Cognitiva Comportamental em crianças e adolescentes. (Carga horária: 100h). CURSO RAZÃO DE JUIZ DE FORA, CURSO RAZÃO JF, Brasil.
2013 - 2013	Técnicas e Testes de Avaliação Neuropsicológica. (Carga horária: 40h). Centro de Estudos Avançados de Psicologia, CICLO CEAP, Brasil.
2013 - 2013	A Atuação do Psicólogo na Oncologia. (Carga horária: 30h). Centro de Estudos Professor Adalberto Arrin, NEOCLÍNICA, Brasil.

Atuação Profissional

Orientadora: Italla Maria Pinheiro Bezerra



Italla Maria Pinheiro Bezerra

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1367465981683916>

ID Lattes: 1367465981683916

Última atualização do currículo em 11/03/2021

Pesquisadora com ênfase em saúde pública, ciclos de vida e saúde e determinantes sociais de saúde. Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo EACH-USP; Doutorado em Ciências (área de concentração: saúde Coletiva) pela Faculdade de Medicina do ABC (2015) e Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2011). Professora pesquisadora permanente dos programas de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM e de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES (EMESCAM). *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome	Italla Maria Pinheiro Bezerra
Nome em citações bibliográficas	BEZERRA, I. M. P.;BEZERRA, ITALLA MARIA PINHEIRO;PINHEIRO BEZERRA, ITALLA MARIA;MARIA PINHEIRO BEZERRA, ITALLA;SZERRA, I.M.P.;Pinheiro, Italla Maria Bezerra;BEZERRA, ÍTALLA MARIA PINHEIRO;BEZERRA, ITALLA MARIA;BEZERRA, IM;BEZERRA, ITALLA M.;BEZERRA, ITALA MARIA PINHEIRO;BEZERRA, ITALLA M.P.;BEZERRA, IMP;BEZERRA, I.M.P.;BEZERRA, I.M.P.;BEZERRA IMP;BEZERRA, ITALLA M. P.;BEZERRA, ITALLA
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/1367465981683916
Orcid ID	https://orcid.org/0000-0002-8604-587X

Endereço

Endereço Profissional	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Coordenação de Curso de Enfermagem. Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190 Santa Lúcia 29045402 - Vitória, ES - Brasil Telefone: (27) 33343573
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2012 - 2015	Doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil. Título: Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na estratégia saúde da família: análise à luz das categorias epistemológicas de Paulo Freire, Ano de obtenção: 2015. Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu. Coorientador: Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
2009 - 2011	Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil. Título: Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho, Ano de Obtenção: 2011. Orientador: Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto. Coorientador: Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Tomada de decisões; PROMOÇÃO DA SAÚDE; Prática profissional; Atenção básica. Grande área: Ciências da Saúde
2019	Graduação em andamento em Serviço Social. Universidade Paulista, UNIP, Brasil.
2004 - 2008	Graduação em enfermagem. Universidade Regional do Cariri, URCA, Brasil. Título: COMUNICAÇÃO NO PROCESSO EDUCATIVO DESENVOLVIDA PELO ENFERMEIRO