

Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹
Renata Carneiro Ferreira²
Gracyelle Alves Remigio Moreira³
Ana Paula Soares Gondim⁴
Maria Alix Leite Araujo⁴
Raimunda Magalhães da Silva⁵

Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados à sobreposição dos diferentes tipos de violência contra a mulher, notificada em serviços sentinela. Método: estudo transversal, realizado com 939 fichas de notificação de casos de violência contra a mulher, referentes ao triênio de 2006 a 2008, em Fortaleza, Ceará. Análises univariada e múltipla por regressão logística foram realizadas. Resultado: os resultados mostraram associação positiva entre a sobreposição de tipos de violência contra a mulher com a escolaridade variando de analfabeta a ensino fundamental e a agressão ter ocorrido outras vezes. Conclusão: esse conhecimento contribui para o delineamento de ações específicas que visam o enfrentamento dessa problemática, assim como gera subsídios para proposta adequada de atendimento e encaminhamento das vítimas que buscam os serviços de saúde.

Descritores: Violência contra a Mulher; Fatores de Risco; Serviços de Saúde; Estatísticas de Serviços de Saúde.

¹ PhD, Professor Titular, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

² MSc, Professor, Faculdade de Ensino Superior do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Doutoranda, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno que reflete as desigualdades de gêneros na sociedade⁽¹⁾, manifesta-se como problema de saúde pública pela magnitude de sua prevalência⁽²⁾, gravidade e recorrência, assim como pelas consequências negativas na qualidade de vida das vítimas.

Estudos mundiais revelam elevada prevalência e variabilidade (de 15 a 71%) do problema⁽³⁻⁴⁾. No Brasil, as estatísticas de mortalidade apontam que a cada duas horas ocorre um homicídio de mulher⁽⁵⁾, representando o último grau de uma escala de agressão que, muitas vezes, se inicia com a violência psicológica. A literatura apresenta ainda os parceiros ou ex-parceiros íntimos como os principais perpetradores dessa violência⁽⁶⁻⁷⁾.

Entre as acepções do que seja a violência contra a mulher, o estudo norteia-se pela definição da Convenção de Belém do Pará, adotada pela Organização dos Estados Americanos, em 1994, como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado⁽⁸⁾.

Segundo a Lei nº11.340/2006, os tipos de violência contra a mulher se manifestam nas formas física, psicológica, sexual, patrimonial e moral⁽⁹⁾. Contudo, pesquisas advertem a inter-relação dos tipos de violência, configurando-se os casos em eventos complexos em que essas formas se entrelaçam, repercutindo na gravidade das situações⁽⁶⁻⁷⁾.

Na compreensão do fenômeno, autores advogam a influência de fatores sociais na ocorrência dos casos de violência⁽¹⁰⁾. A baixa escolaridade, a pobreza, o menor rendimento salarial da mulher ou o desemprego, e o uso de álcool e de drogas ilícitas entre os parceiros parecem exacerbar a magnitude do problema.

A violência contra a mulher tem sido uma demanda frequente na rotina dos serviços de saúde, os quais desempenham papel fundamental no diagnóstico, registro, notificação e tratamento dos casos⁽¹¹⁾, além de se apresentarem como locais propícios à efetivação de estratégias necessárias frente à problemática.

Os serviços de referência de violências sentinela foram instituídos com o propósito de contribuir para a visibilidade do fenômeno, pelo potencial que apresentam para gerar informações de qualidade. Esse conhecimento produzido é imprescindível para a implementação de estratégias de prevenção e controle do problema, para a avaliação das ações implementadas e para o planejamento dos recursos e serviços⁽¹¹⁾.

Os serviços sentinelas são responsáveis pela notificação de casos de violência contra grupos específicos

em resposta à Lei nº10.778, que tornou obrigatória a notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos e privados⁽¹²⁾. Importante acrescentar que a Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011, dispõe sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória, em todo o território nacional⁽¹³⁾.

Reconhece-se a crescente publicação sobre o tema, contudo a prevalência e a diversidade tipológica que adentram os serviços de saúde refletem a complexidade do problema e exigem contínuas investigações. Enquanto as pactuações internacionais alertam os governos sobre o valor dos direitos humanos e a redução das iniquidades sociais, a saúde integral da mulher ainda se mantém ameaçada pela força, poder e desrespeito à sua condição de cidadã⁽⁸⁻⁹⁾.

Considerando que o profissional enfermeiro transita nos níveis hierárquicos de atenção à saúde da mulher, neste estudo pretende-se contribuir com a prática social dessa categoria, pois a compreensão do fenômeno favorece o delineamento de estratégias e ações específicas, visando a prevenção e o enfrentamento da violência contra esse grupo, bem como fomenta a promoção da saúde.

O estudo assume como construtos teóricos analíticos os dispositivos legais que legislam sobre o tema, considerando as especificidades da violência contra a mulher^(8-9,12-13).

Nesse sentido, compreender os fatores que podem contribuir para a superposição dos tipos de violência contra a mulher, bem como características sociodemográficas e comportamentais das mulheres em situação de violência, características das agressões e dos agressores, podem contribuir sobremaneira para qualificar a assistência, além de proporcionar cuidado contextualizado por parte dos enfermeiros. Ademais, o enfrentamento da violência é complexo e está associado à falta de visibilidade do problema pelas diferentes instâncias, especialmente pelos serviços de saúde.

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à sobreposição dos diferentes tipos de violência contra a mulher, violência essa notificada em serviços sentinela.

Métodos

Trata-se de estudo transversal que utilizou como fonte de dados as fichas de notificações de mulheres vítimas de violência, em Fortaleza, Ceará, referentes ao triênio de 2006 a 2008. Fortaleza, capital do Ceará, similar a outras metrópoles⁽²⁾ brasileiras, concentra número significativo de registros de violência contra a mulher⁽¹⁴⁾.

Situando o leitor, na época do estudo, o atendimento à violência contra a mulher em Fortaleza era ofertado por quatro serviços sentinela. O estudo alcançou três desses serviços, abrangendo 75% das notificações no triênio selecionado, ou seja, 960 casos.

Para efeito de análise, o estudo tomou por base as notificações de mulheres com idade igual ou superior a 12 anos e residentes em Fortaleza. Dos 960 casos encontrados foram excluídas 21 fichas: 16 por agressão a menor de 12 anos e cinco por não identificar o tipo de violência, resultando em 939 fichas analisadas. Para a operacionalização da coleta de dados uma das autoras manteve contato prévio com os gestores desses serviços, apresentou os objetivos da pesquisa, bem como agendou data e horário para realizá-la.

Essa etapa aconteceu manualmente, ficha a ficha, no período de julho a outubro de 2009. Importante referir que a apropriação desses dados deu-se em sala reservada, sob monitoramento de funcionários dos serviços, considerando o sigilo que envolve atendimentos dessa natureza.

As tipologias de violência adotadas no estudo seguiram as mencionadas na ficha de notificação⁽¹⁵⁾. Dessa forma, consideraram-se os dados da ocorrência que se referiram à violência física, psicológica/moral, negligência/abandono, sexual, tortura e patrimonial. Vale ressaltar que a ficha ainda inclui o tráfico de seres humanos e o trabalho infantil que, por demandarem outros construtos epistemológicos, não foram alvos desta investigação.

A variável dependente foi o registro de dois ou mais tipos de violência contra a mulher e, como variáveis independentes, dados sociodemográficos (situação conjugal, faixa etária, escolaridade, cor, ocupação, orientação sexual, se estava gestando, se possuía alguma deficiência); dados da agressão (local de ocorrência, se ocorreram outras vezes, número de envolvidos); dados do agressor (sexo, tipo de relação com a vítima, suspeita de uso de álcool). As variáveis foram descritas de acordo com a nomenclatura referida na ficha de notificação⁽¹⁵⁾.

O teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar o fato de a mulher sofrer dois ou mais tipos de violência em relação às variáveis independentes. Estabeleceu-se $p < 0,05$ para significância estatística. A seleção das variáveis para a construção do modelo de regressão logística multivariada baseou-se no método de seleção automática (*stepwise*). A força de associação entre as variáveis independentes e a dependente foi expressa em valores estimados de *Odds ratio* (OR) bruto e ajustado, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Os dados foram organizados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago,

Estados Unidos), versão 16.0; e analisados com o *software* STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versão 11.0.

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos e encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob Parecer nº123/2009.

Resultados

Entre as 939 fichas analisadas, a frequência de sobreposição de violência contra a mulher foi de 73,9% (694). Somente um tipo de violência foi vivenciado por 245 mulheres (26,1%), distribuído entre violência psicológica/moral (85,7%), física (74,9%), negligência/abandono (18,2%), sexual (13,3%), patrimonial (4,0%) e tortura (2,7%).

A idade média das mulheres vítimas de violência analisadas foi de 33,26 anos (DP=11,05). A média de idade entre as mulheres vítimas de dois ou mais tipos de violência foi de 33,32 anos (DP=10,57) e no grupo de um tipo de violência foi de 33,08 anos (DP=12,30).

As mulheres casadas que tinham idade igual ou maior que 30 anos, possuindo escolaridade variando de analfabeta a ensino fundamental, pardas, desempregadas, que mantinham relações sexuais só com homens, não gestantes e que não possuíam deficiência foram as mais frequentes (Tabela 1).

Na Tabela 1, observa-se que a variável escolaridade apresentou significância estatística ($p=0,029$) com o fato de a mulher ser vítima de dois ou mais tipos de violência, enquanto situação conjugal, faixa etária, cor, ocupação, relações sexuais, gestante e possuir algum tipo de deficiência não apresentaram significância ($p > 0,05$).

No grupo das mulheres que sofreram dois ou mais tipos de violência, a frequência do local da agressão foi maior na residência (89,9%), a violência foi recorrente (91,4%), com o envolvimento de um agressor (88,2%), do sexo masculino (97,5%), parceiro íntimo da vítima (73,8%) e suspeita de consumo de álcool (66,5%). Entre as mulheres que sofreram um tipo de violência, também predominou a residência (81,6%), a agressão ocorreu outras vezes (80,5%), com um agressor envolvido (89,5%), do sexo masculino (96,6%), parceiro íntimo da vítima (65,8%) e com suspeita de uso de álcool (57,7%) (Tabela 2).

Na Tabela 2, a maioria das variáveis mostrou significância estatística ($p < 0,05$) na análise univariada, com exceção do número de envolvidos e sexo do autor da agressão.

Tabela 1 - Características sociodemográficas em relação à sobreposição de tipos de violência contra a mulher. Fortaleza, CE, Brasil, 2006 a 2008

Variável	Violência				Total (%)	p
	Um tipo (N=245)		Dois ou mais tipos (N=694)			
	n	%	n	%		
Situação conjugal						0,112
Casada	145	63,9	453	69,6	598 (68,1)	
Não casada	82	36,1	198	30,4	280 (31,9)	
Faixa etária (em anos)						0,174
12-29	104	42,6	257	37,7	361 (39,0)	
≥30	140	57,4	425	62,3	565 (61,0)	
Escolaridade						0,029*
Analfabeto/ensino fundamental	142	58,9	451	66,7	593 (64,7)	
Ensino médio/superior	99	41,1	225	33,3	324 (35,3)	
Cor						0,394
Parda	137	58,0	373	54,8	510 (55,7)	
Não parda	99	41,9	307	45,1	406 (44,3)	
Ocupação						0,942
Empregada	104	43,7	294	43,4	398 (43,5)	
Desempregada	134	56,3	383	56,6	517 (56,5)	
Relações sexuais						0,141
Só com mulheres	10	7,2	20	4,2	30 (4,9)	
Só com homens	128	92,8	458	95,8	586 (95,1)	
Gestante						0,484
Sim	16	6,5	37	5,3	53 (5,6)	
Não	229	93,5	657	94,7	886 (94,4)	
Possui algum tipo de deficiência						0,283
Sim	14	5,7	54	7,8	68 (7,2)	
Não	231	94,3	640	92,2	871 (92,8)	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$

Tabela 2 - Características da agressão e do agressor em relação à sobreposição de tipos de violência contra a mulher. Fortaleza, CE, Brasil, 2006 a 2008

Variável	Violência				Total (%)	p
	Um tipo (N=245)		Dois ou mais tipos (N=694)			
	n	%	n	%		
Local de ocorrência						<0,001*
Residência	191	81,6	605	89,9	796 (87,8)	
Outro local	43	18,4	68	10,1	111 (12,2)	
Ocorreu outras vezes						<0,001*
Sim	186	80,5	613	91,4	799 (88,6)	
Não	45	19,5	58	8,6	103 (11,4)	
Número de envolvidos						0,573
Um	214	89,5	605	88,2	819 (88,5)	
Dois ou mais	25	10,5	81	11,8	106 (11,5)	
Sexo do autor da agressão						0,480
Feminino	08	3,4	17	2,5	25 (2,8)	
Masculino	227	96,6	655	97,5	882 (97,2)	
Relação com a vítima						0,019*
Parceiro íntimo	154	65,8	501	73,8	655 (71,7)	
Outros vínculos	80	34,2	178	26,2	258 (28,3)	
Suspeita de uso de álcool						0,024*
Sim	116	57,7	401	66,5	517 (64,3)	
Não	85	42,3	202	33,5	287 (35,7)	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$

A análise não ajustada mostrou uma associação positiva entre a mulher sofrer dois ou mais tipos de violência com a escolaridade (OR=1,39; IC95%=1,01-1,91); local de ocorrência (OR=2,00; IC95%=1,28-3,08); agressão ocorreu outras vezes (OR=2,55; IC95%= 1,63-3,97); relação do agressor com a vítima (OR= 1,46; IC95%=1,04-2,03) e suspeita de uso de álcool pelo agressor (OR=1,45; IC95%=1,03-2,04) (Tabela 3).

No modelo de regressão logística múltipla observou-se que estavam associados positivamente à mulher sofrer dois ou mais tipos de violência, a escolaridade variando de analfabeta a ensino fundamental (OR=1,43; IC95%=1,05-1,96) e a agressão ter ocorrido outras vezes (OR=2,41; IC95%=1,57-3,71) (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores associados à mulher sofrer dois ou mais tipos de violência. Fortaleza, CE, Brasil, 2006 a 2008

Variável	n	%	Sofrer dois ou mais tipos de violência			
			Não ajustada		Ajustada	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Situação conjugal						
Casada	598	75,7	1,29 (0,92-1,79)		0,112	
Não casada	280	70,7				
Faixa etária (em anos)						
12-29	361	71,1				
≥30	565	75,2	1,22 (0,90-1,67)		0,174	
Escolaridade						
Analfabeto/ensino fundamental	593	76,0	1,39 (1,01-1,91)		0,029*	
Ensino médio/superior	324	69,4			1,43 (1,05-1,96) 0,022*	
Cor						
Parda	510	73,1				
Não parda	406	75,6	0,87 (0,64-1,19)		0,394	
Ocupação						
Empregada	398	73,8				
Desempregada	517	74,0	1,01 (0,74-1,37)		0,942	
Relações sexuais						
Só com mulheres	30	66,6				
Só com homens	586	78,1	1,78 (0,72-4,12)		0,141	
Gestante						
Sim	53	69,8				
Não	886	74,1	1,24 (0,63-2,33)		0,484	
Possui algum tipo de deficiência						
Sim	68	79,4	1,39 (0,74-2,76)		0,283	
Não	871	73,4				
Local de ocorrência						
Residência	796	76,0	2,00 (1,28-3,08)		<0,001*	
Outro local	111	61,2				
Ocorreu outras vezes						
Sim	799	76,7	2,55 (1,63-3,97)		<0,001*	
Não	103	56,3			2,41 (1,57-3,71) <0,001*	
Número de envolvidos						
Um	819	73,8				
Dois ou mais	106	76,4	1,14 (0,70-1,92)		0,573	
Sexo do autor da agressão						
Feminino	25	68,0				
Masculino	882	74,2	1,35 (0,49-3,37)		0,480	
Relação com a vítima						
Parceiro íntimo	655	76,4	1,46 (1,04-2,03)		0,019*	
Outros vínculos	258	68,9				
Suspeita de uso de álcool						
Sim	517	77,5	1,45 (1,03-2,04)		0,024*	
Não	287	70,3				

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$

Discussão

Este estudo apresenta como diferencial a identificação dos fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher, sendo escassas, na literatura brasileira, investigações que elegeram como objeto de pesquisa essa especificidade.

Os achados mostraram maior prevalência de mulheres vítimas de dois ou mais tipos de violência, indicando que esses se sobrepõem e dificilmente ocorrem isoladamente. Outras investigações encontraram resultados similares, destacando o entrelaçamento das agressões física, sexual e psicológica, e advertindo que a superposição de diversos tipos de violência parece estar associada à maior gravidade dos casos e à procura por serviços especializados^(6-7,16).

A residência constituiu-se em um lugar privilegiado para a ocorrência desses casos, reafirmando o que está posto na literatura⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ que mais de 90% das agressões contra as mulheres acontecem no ambiente doméstico. O lar é o local mais escolhido pelo fato de as agressões serem facilitadas por transcorrerem na privacidade, resguardado da interferência de outras pessoas⁽¹⁸⁾. Dessa forma, o âmbito privado que circunscreve o fenômeno inibe o rompimento e a visibilidade das casuísticas.

A maior ocorrência da violência perpetrada pelo parceiro íntimo da vítima, conforme encontrado nesta pesquisa, expressa subordinação e dominação, na qual existe distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres, estabelecendo assimetrias de poder embasadas nas diferenças de gênero⁽¹⁹⁾. As agressões perpetradas pelo companheiro ou ex-companheiro são reconhecidas como uma das formas mais frequentes de violência contra a mulher^(7,17,20). Em estudo realizado na Região Leste da Índia, com 1.718 mulheres, constatou-se maior risco de violência por parte do marido do que por qualquer outra pessoa⁽³⁾.

Outro achado relevante desta pesquisa, que reitera a literatura^(4,7), mostra a associação do uso de álcool pelo agressor com as situações de violência contra a mulher. Investigações reconhecem a ingestão do álcool como fator precipitante da violência doméstica, podendo ser explicado pelo efeito desinibidor da conduta dos agressores, como um meio de minimizar a responsabilidade pelo comportamento violento, ou, ainda, a combinação do uso de álcool com a prática de violência pode agir como fator denunciante da personalidade impulsiva⁽²¹⁾.

Autores⁽²²⁾ também demonstraram, em pesquisa de abordagem qualitativa, os transtornos decorrentes do consumo de álcool nas famílias, enfatizando os altos níveis

de conflitos interpessoais, que eclodem nas diversas formas de violência doméstica. Contudo, o álcool não é o responsável básico pelas agressões, atuando como facilitador de situações previamente determinadas⁽¹⁷⁾.

A análise bivariada não ajustada mostrou associação entre a mulher ser vítima de dois ou mais tipos de violência com as variáveis: escolaridade, local de ocorrência, agressão ocorreu outras vezes, relação do agressor com a vítima e suspeita de uso de álcool pelo agressor. Após o ajuste das variáveis, somente a baixa escolaridade, variando de analfabeta a ensino fundamental, e o fato de a agressão ter ocorrido outras vezes mantiveram-se associadas positivamente com o desfecho.

O baixo nível educacional das mulheres vítimas de violência é apontado em estudos em outros países^(3,23) e no Brasil^(16-17,24). Em país da Ásia Meridional, os níveis mais altos de escolaridade tornam-se fator de proteção contra as formas de violência⁽³⁾. Pesquisa brasileira, realizada a partir de fichas de atendimento médico e laudos de institutos médicos legais, mostrou que a maior parte das vítimas não havia concluído o ensino fundamental⁽¹⁷⁾.

Mulheres de todos os níveis educacionais, no entanto, enfrentam situações de violência⁽⁷⁾. O que diferencia a conduta dessas mulheres é que as mais esclarecidas teriam maior autonomia pessoal, diminuindo a tolerância às agressões⁽⁴⁾. E, quando vitimadas, quase sempre recorrem a consultórios médicos e escritórios de advocacia particulares. Desse modo, pode ocorrer sub-representação nos registros, associando as situações de violência contra a mulher à pobreza⁽⁷⁾, visto que a maioria das investigações é realizada em serviços públicos.

As manifestações de violência contra a mulher se mostraram associadas diretamente, neste estudo, ao fato de as agressões serem recorrentes, indicando que o problema revela-se de forma intensa e repetitiva na vida das vítimas. Autores^(19,25) expõem que as mulheres, muitas vezes, desistem da denúncia formal por serem dependentes financeira ou emocionalmente do agressor, como também por medo, ou constrangimento, da exposição do caso. Esse episódio contribui para a violência adquirir caráter rotineiro.

Investigações demonstram que a maior parte das agressões contra a mulher não se constituem em um único acontecimento, mas em vários episódios que podem perdurar por décadas^(10,19). Esse contexto colabora para o nível de gravidade das situações de violência, repercutindo negativamente na saúde física, mental e social das mulheres vitimadas. E os reflexos desse problema são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam seja pela complexidade do atendimento que demandam.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa mostraram, como fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher, a escolaridade baixa e a recorrência da agressão.

É importante salientar que o estudo em questão trata-se de uma demanda de serviços sentinelas, e os achados obtidos não podem ser generalizados para a população de mulheres vitimadas em geral, considerando que parcela dessas vítimas sequer procura atendimento.

Esse conhecimento, no entanto, contribui para delinear ações específicas que visam o enfrentamento dessa casuística, assim como gera subsídios para proposta adequada de atendimento e encaminhamento das vítimas que buscam os serviços de saúde, contribuindo para a visibilidade da violência contra a mulher.

Referências

1. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):328-34.
2. Silva MA, Falbo GH Neto, Figueiroa JN, Cabral JE Filho. [Violência contra a mulher: prevalência e fatores associados em pacientes de um serviço público de saúde no Nordeste brasileiro]. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):264-72. Inglês.
3. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health.* 2009;9:129. doi:10.1186/1471-2458-9-129
4. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):730-7.
5. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377(9781):1962-75.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):359-67.
7. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos Psicologia.* 2011;28(2):219-27.
8. Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996 (BR). Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. 1996. [acesso 9 abr 2012]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112212/decreto-1973-96>
9. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (BR). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 2006. [acesso 21 jun 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
10. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(6):944-53.
11. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência Saúde Coletiva.* 2007;11(Sup):1269-78.
12. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BR). Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003. [acesso 14 mai 2012]. Disponível em: http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/09_LEI_DE_NOTIFICACAO_VIOLENCIA.PDF
13. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BR). Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. 2011. [acesso 20 jun 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf
14. Diniz K. Em Fortaleza, violência contra a mulher é epidemia crônica. Grupo UN 15 dez 2011. [acesso 20 junho de 2012]. Disponível em: <http://www.grupoun.net/em-fortaleza-violencia-contra-a-mulher-e-epidemia-cronica/>
15. Ministério da Saúde (MS). Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília – 2008. 2008. [acesso 13 mar 2012]. Disponível em: <http://saude.gov.br/svs>
16. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):695-701.
17. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(11):2551-63.
18. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev Enferm UERJ.* 2008;16(3):307-12.
19. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir

- dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Soc.* 2009;18(2):248-58.
20. Lettiere A, Nakano AMS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(6):1421-8.
21. Rovinski SLR. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Lumen; 2004. 271 p.
22. Reinaldo AMS, Pillon SC. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(esp):529-34.
23. Oyunbileg S, Sumberzul N, Udval N, Wang JD, Janes CR. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence among Mongolian Women. *J Women's Health.* 2009;18(11):1873-80.
24. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):299-310.
25. Lima VLA, Souza ML, Monticelli M, Oliveira MFV, Souza CBM, Costa CAL, et al. Violência contra mulheres amazônicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(6):968-73.

Recebido: 25.6.2012

Aceito: 22.4.2013

Como citar este artigo:

Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinelas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2013 [acesso em: / /];21(4):[08 telas]. Disponível em: _____*

dia | ano
mês abreviado com ponto

URL