

# Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico

*Prevalence of women victims of violence in the city of Porto Alegre, and the influence of its variables within the dental clinic*

Márcia Cançado Figueiredo\*

Melina de Oliveira Cesar\*\*

Juliana Plegge da Silva\*\*

Elen Maria Bandeira Borba\*\*\*

## Resumo

**Objetivo:** Apresentar a prevalência de mulheres vítimas de violência notificadas pelo Sinan, no período de 2009 e 2010, no município de Porto Alegre, e caracterizar os casos quanto a idade, raça, portador de deficiência, local de ocorrência, tipo de violência, meio de agressão, consequências da violência, natureza da lesão, parte do corpo atingida, vínculo/grau de parentesco com a pessoa, evolução e encaminhamento. **Métodos:** Utilizando as informações extraídas dos boletins do Sinan, montou-se um banco de dados, que foi contabilizado e estudado. **Resultados:** Do total de 1.278 notificações utilizadas, verificou-se que a média de idade das mulheres foi de 15,5 anos, em sua maioria, da raça branca, 66%. Observou-se que o ambiente doméstico (75,5%) favoreceu o tipo de violência mais prevalente neste estudo, que foi a sexual (56,7%), acometida principalmente pelos amigos e conhecidos (16,4%). O espancamento foi o meio de agressão mais frequente, com 38,6%, trazendo como consequência no momento da notificação o estresse pós-traumático (9,8%) e durante a evolução do caso a alta da paciente (80,9%). A contusão foi a natureza da lesão mais constatada (9,8%), tendo a cabeça como o local mais prevalente para as agressões (10,4%). **Conclusão:** A atuação do cirurgião-dentista é de extrema relevância, tanto no diagnóstico dos casos como no tratamento, orientação, notificação e encaminhamento da mulher vítima de violência.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Notificação de abuso. Agressão.

## Introdução

As situações de violência constituem um conjunto de agravos complexos que vem atingindo um crescente número de pessoas, de todas as idades e sexos, sendo considerado um grave problema de saúde pública no Brasil. Juntamente com as enfermidades crônicas e degenerativas, os casos de violência configuram um novo perfil no quadro de problemas de saúde do Brasil e do mundo<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência contra a mulher é definida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como na esfera privada. É um fenômeno que revela as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade, uma das violações de direitos humanos mais reconhecidos e praticados no mundo<sup>2</sup>.

Essa situação demonstra a gravidade da violência doméstica e a necessidade de as equipes de saúde estarem preparadas para identificar as mulheres em situação de violência, mesmo que elas não façam a denúncia e, a partir daí, buscar estratégias

\* Professora Associada regente das disciplinas de Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais e Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, Brasil.

\*\* Graduandas do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, Brasil.

\*\*\* Arquiteto sanitário, Porto Alegre - RS, Brasil.

preventivas desses agravos através de ações de promoção à saúde.

A importância desse estudo para os profissionais de saúde se dá em virtude da dificuldade enfrentada por eles na adoção da notificação como conduta padrão, mesmo existindo a obrigatoriedade legal de notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência. Portanto, é preciso que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento a respeito desse processo, encarando-o como uma ferramenta que visa interromper atitudes e comportamentos violentos.

Este trabalho buscou conhecer a prevalência de mulheres vítimas de violência por meio dos casos notificados no período de 2009 e 2010 através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), instrumento oficial de notificação de casos suspeitos e confirmados de violências, utilizado pelos serviços de saúde do município de Porto Alegre, destacando a idade, raça, portador de deficiência, unidade de saúde de notificação, local de ocorrência, tipo de violência, meio de agressão, consequências da violência, natureza da lesão, parte do corpo atingida, vínculo/grau de parentesco com a pessoa, evolução e encaminhamento.

## Materiais e método

O presente trabalho é um estudo descritivo transversal, com enfoque no paradigma quantitativo. O estudo foi desenvolvido a partir de dados cedidos pelo núcleo de vigilância da violência, da Equipe de Eventos Vitais (EEV), da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Porto Alegre. A população alvo desse estudo foram mulheres residentes no município de Porto Alegre, com notificações de violência a partir do Sinan emitidos pelos serviços de saúde notificadores nos anos de 2009 e 2010. A partir dessas informações, um banco de dados foi construído no programa Microsoft Excel (Microsoft, USA, 2007).

As variáveis analisadas foram as seguintes: idade, raça, local de ocorrência, tipo de violência, meio de agressão, consequências da violência, natureza da lesão, parte do corpo atingida, vínculo/grau de parentesco com a pessoa, evolução e encaminhamento.

Foram reportados dados descritivos de cada variável. Variáveis quantitativas foram expressas através da média, desvio padrão e apresentadas em frequência relativa absoluta. Variáveis qualitativas foram expressas por meio de distribuição de frequências. Com relação à idade das mulheres vítimas de violência, houve uma categorização por décadas de vida.

O projeto de pesquisa necessário para a realização deste trabalho foi submetido à aprovação

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (número 001.011167.11.4, registro no CEP 617, datado de 12/04/2011) e da coordenação da Equipe de Vigilância da Violência.

## Resultados

Para facilidade de compreensão, os resultados serão abaixo apresentados em frequência relativa absoluta. A idade média das 1.278 mulheres da amostra foi de 15,5 anos de idade, sendo sua maioria branca (66,2%). Mulheres com deficiências são discriminadas pela sociedade e acredita-se que pode haver uma potencialização da violência sofrida por elas, já que se tornam mais vulneráveis em razão da sua fragilidade. Dentre os tipos de deficiências encontradas nas mulheres que foram vítimas de violência no período estudado, a mental foi a mais expressiva, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição (%) de idade, raça, portador de deficiência. Porto Alegre. Brasil, 2009-2010

| Idade                       | Número | (%)  |
|-----------------------------|--------|------|
| 0-10 anos                   | 551    | 43,1 |
| 11-20 anos                  | 476    | 37,2 |
| 21-30 anos                  | 94     | 7,3  |
| 31-40 anos                  | 70     | 5,4  |
| 41-50 anos                  | 30     | 2,3  |
| 51-60 anos                  | 17     | 1,3  |
| 61-70 anos                  | 16     | 1,2  |
| 71-80 anos                  | 14     | 1    |
| 81-90 anos                  | 8      | 0,6  |
| 91-100 anos                 | 2      | 0,1  |
| Raça                        |        |      |
| Branca                      | 847    | 66,2 |
| Preta                       | 190    | 14,8 |
| Amarela                     | 4      | 0,3  |
| Parda                       | 187    | 14,6 |
| Indígena                    | 2      | 0,1  |
| Ignorado                    | 48     | 3,7  |
| Deficiência/Transtorno      |        |      |
| Física                      | 20     | 1,6  |
| Mental                      | 44     | 3,4  |
| Visual                      | 8      | 0,6  |
| Auditiva                    | 5      | 0,3  |
| Transtorno mental           | 44     | 3,4  |
| Transtorno de comportamento | 38     | 2,9  |
| Outros                      | 23     | 1,7  |

Tabela 2 - Distribuição (%) quanto ao local de ocorrência, tipo de violência, vínculo com a pessoa agredida. Porto Alegre. Brasil, 2009-2010

| Local de ocorrência                              | N      | (%)  |
|--------------------------------------------------|--------|------|
|                                                  | Número | (%)  |
| Residência                                       | 965    | 75,5 |
| Habitação coletiva                               | 10     | 0,7  |
| Escola                                           | 18     | 1,4  |
| Local de prática esportiva                       | 2      | 0,1  |
| Bar ou similar                                   | 11     | 0,8  |
| Via pública                                      | 123    | 9,6  |
| Comércio/serviços                                | 70     | 5,4  |
| Indústrias/construção                            | 0      | 0    |
| Outro                                            | 24     | 1,8  |
| Ignorado                                         | 55     | 4,3  |
| Tipo de violência                                |        |      |
| Física                                           | 530    | 41,4 |
| Psicológica                                      | 612    | 47,8 |
| Tortura                                          | 25     | 1,9  |
| Sexual                                           | 725    | 56,7 |
| Tráfico de seres humanos                         | 0      | 0    |
| Financeira/Econômica                             | 31     | 2,4  |
| Negligência/Abandono                             | 244    | 19,5 |
| Trabalho infantil                                | 14     | 1    |
| Intervenção legal                                | 3      | 0,2  |
| Outros                                           | 5      | 0,3  |
| Vínculo/grau de parentesco com a pessoa agredida |        |      |
| Pai                                              | 176    | 13,7 |
| Mãe                                              | 158    | 12,3 |
| Padrasto                                         | 171    | 13,3 |
| Cônjuge                                          | 100    | 7,8  |
| Ex-cônjuge                                       | 25     | 1,9  |
| Namorado(a)                                      | 31     | 2,4  |
| Ex-namorado(a)                                   | 4      | 0,3  |
| Filho(a)                                         | 21     | 1,6  |
| Desconhecido                                     | 91     | 7,1  |
| Irmão(ã)                                         | 52     | 4    |
| Amigos/conhecidos                                | 205    | 16   |
| Cuidador(a)                                      | 14     | 1    |
| Patrão/chefe                                     | 0      | 0    |
| Pessoa com relação institucional                 | 15     | 1,1  |
| Policial/agente da lei                           | 3      | 0,2  |
| Própria pessoa                                   | 76     | 5,9  |
| Outros                                           | 201    | 15,7 |

Observou-se que o ambiente doméstico (75,5%) favoreceu o tipo de violência mais prevalente neste estudo, que foi a sexual (56,7%), acometida principalmente pelos amigos e conhecidos (16,4%), pai (13,7%) e padrasto (13,3%) (Tabela 2). Repensando na fragilidade da mulher em relação ao homem, o espancamento (38,6%) e a ameaça (26,9%) foram os meios de agressão mais frequentes, trazendo como consequência no momento da notificação o estresse

pós-traumático (9,8%) e, durante a evolução do caso a alta da paciente (80,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição (%) quanto ao meio de agressão, consequências, evolução do caso. Porto Alegre. Brasil, 2009-2010

| Meio de agressão                                              | Número | (%)  |
|---------------------------------------------------------------|--------|------|
| Força corporal/Espancamento                                   | 494    | 38,6 |
| Enforcamento                                                  | 13     | 1    |
| Objeto contundente                                            | 49     | 3,6  |
| Objeto perfuro-cortante                                       | 69     | 5,3  |
| Substância/Objeto quente                                      | 8      | 0,6  |
| Envenenamento                                                 | 47     | 3,6  |
| Arma de fogo                                                  | 36     | 2,8  |
| Ameaça                                                        | 344    | 26,9 |
| Outros                                                        | 195    | 15,2 |
| Consequências da ocorrência detectadas no momento da agressão |        |      |
| Gravidez                                                      | 15     | 1,1  |
| DST                                                           | 8      | 0,6  |
| Tentativa de suicídio                                         | 22     | 1,7  |
| Transtorno mental                                             | 18     | 1,4  |
| Transtorno comportamental                                     | 70     | 5,4  |
| Estresse pós-traumático                                       | 126    | 9,8  |
| Outros                                                        | 19     | 1,4  |
| Evolução do caso                                              |        |      |
| Alta                                                          | 1.035  | 80,9 |
| Evasão/Fuga                                                   | 62     | 4,8  |
| Óbito por violência                                           | 3      | 0,2  |
| Óbito por outras causas                                       | 2      | 0,1  |
| Ignorado                                                      | 176    | 13,7 |

Como a contusão é uma lesão na superfície do corpo produzida por um golpe brusco, choque ou queda e geralmente a pele não se dilacera, esta foi à natureza da lesão mais constatada (9,8%), tendo a cabeça como o local mais prevalente para as agressões (10,4%). Porém, observou-se também uma grande quantidade de não se aplicar tanto na natureza da lesão (59,6%), como na parte do corpo atingida, o que nos faz acreditar que a violência psicológica está muito presente (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição (%) quanto à natureza da lesão e parte do corpo atingida. Porto Alegre, 2009-2010.

| Natureza da lesão             | Número | (%)  |
|-------------------------------|--------|------|
| Contusão                      | 126    | 9,8  |
| Corte/perfuração/laceração    | 112    | 8,7  |
| Entorse/luxação               | 9      | 0,7  |
| Fratura                       | 19     | 1,4  |
| Amputação                     | 0      | 0    |
| Traumatismo dentário          | 0      | 0    |
| Traumatismo crânio-encefálico | 19     | 1,4  |
| Politraumatismo               | 13     | 1    |
| Intoxicação                   | 74     | 5,7  |
| Queimadura                    | 9      | 0,7  |
| Outros                        | 46     | 3,5  |
| Não se aplica                 | 762    | 59,6 |
| Ignorado                      | 112    | 8,7  |
| Parte do corpo atingida       |        |      |
| Cabeça/face                   | 134    | 10,4 |
| Pescoço                       | 3      | 0,2  |
| Boca/dentes                   | 1      | 0,07 |
| Coluna/medula                 | 4      | 0,3  |
| Tórax/dorso                   | 15     | 1,1  |
| Abdome                        | 24     | 1,8  |
| Quadril/pelve                 | 5      | 0,3  |
| Membros superiores            | 53     | 4,1  |
| Membros inferiores            | 27     | 2,1  |
| Órgãos genitais/ânus          | 56     | 4,3  |
| Múltiplos órgãos/regiões      | 101    | 7,9  |
| Não se aplica                 | 771    | 60,3 |
| Ignorado                      | 84     | 6,5  |

Do total da amostra, 73,4% das mulheres tiveram o encaminhamento para o atendimento ambulatorial no setor saúde, compactuando com os resultados descritos. Nos demais setores, foram encaminhados para o Conselho Tutelar e Instituto Médico Legal 73,16% e 41,54%, respectivamente (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição (%) dos encaminhamentos em diferentes setores. Porto Alegre, Brasil, 2009- 2010

| Encaminhamento no setor saúde                         | Número | (%)  |
|-------------------------------------------------------|--------|------|
| Encaminhamento ambulatorial                           | 939    | 73,4 |
| Internação hospitalar                                 | 160    | 12,5 |
| Não se aplica                                         | 74     | 5,7  |
| Ignorado                                              | 105    | 8,2  |
| Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores |        |      |
| Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)                | 935    | 73,1 |
| Vara da Infância/Juventude                            | 136    | 10,6 |
| Casa Abrigo                                           | 56     | 4,3  |
| Programa Sentinela                                    | 29     | 2,2  |
| Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM                | 120    | 9,3  |
| Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente        | 223    | 17,3 |
| Outras delegacias                                     | 40     | 3,1  |
| Ministério Público                                    | 331    | 25,8 |
| Centro de Referência da Mulher                        | 14     | 1    |
| Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS | 96     | 7,5  |
| Instituto Médico Legal (IML)                          | 531    | 41,5 |
| Outros                                                | 57     | 4,4  |

## Discussão

O presente trabalho demonstrou que a violência atinge mulheres de todas as faixas etárias, mas que há um predomínio de vítimas jovens. Este achado corrobora com outros encontrados na literatura<sup>3-5</sup>. Como essas mulheres mais jovens encontram-se em uma faixa etária de maior atividade sexual, não é de se espantar que o tipo de violência mais expressivo notificado no período analisado foi a violência sexual.

Com relação à raça, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>6</sup>, na pesquisa de autodeclaração de raça/cor do censo de 2010, o estado do Rio Grande do Sul possui apenas 5,57% indivíduos de raça preta. Já no município de Porto Alegre, 10,21% do total da população autodeclararam-se ser da raça preta. Remetendo-se a justificativa para que a maioria dos casos notificados em Porto Alegre na referida data serem mulheres brancas.

A grande maioria das agressões foi praticada no interior da residência. Este dado também é muito referendado na literatura como uma prática recorrente, facilitada pelo fato de a agressão ocorrer sem interrupções de outras pessoas, sob a privacidade do lar<sup>7,8</sup>. Este ambiente doméstico propicia que familiares ou pessoas conhecidas e de confiança da mulher sejam os agressores, tornando a violência mais fácil de ser realizada e dificultando sua identificação<sup>9</sup>.

Uma publicação sobre dados de violência entre usuárias maiores de 15 anos de idade de um serviço de saúde na cidade do Rio de Janeiro relatou que os agressores mais comuns foram os parceiros ou ex-parceiros das vítimas<sup>10</sup>. Em contrapartida, no presente estudo, os familiares e conhecidos foram os agressores mais frequentes que tiveram uma maior importância na violência doméstica. Acredita-se que essa diferença esteja relacionada com a idade das mulheres violentadas nos dois estudos, uma vez que no trabalho realizado na cidade do Rio de Janeiro, as mulheres eram maiores de 15 anos, diferentemente do presente estudo, onde não houve exclusão por idade, e a maioria delas eram crianças e adolescentes.

Na amostra estudada foi observado que a violência sexual, psicológica e física, foram muito prevalentes. A magnitude da violência sexual no Brasil é salientada por diferentes pesquisas<sup>11,12</sup>. Conforme o Instituto Promundo e Noos, 51,4% dos homens entrevistados afirmaram ter praticado algum tipo de violência física, sexual ou psicológica<sup>13</sup>.

Na literatura, os estudos relatam pouca prevalência de violência sexual, por ser difícil estimar a magnitude desse tipo de violência, já que as mulheres omitem essa informação por medo de seus parceiros<sup>14,15</sup>. Contrariando estes dados, os resultados do presente estudo demonstraram uma maior pre-

valência de violência sexual, justificado pelas mulheres serem mais jovens e os agressores não serem os seus parceiros.

Analisando-se o conjunto dos casos, percebeu-se que o espancamento e a força corporal foram os meios mais utilizados pelos agressores, seguido de ameaças, o que demonstra que a violência psicológica também foi muito expressiva. A violência psicológica é a forma de agressão mais sutil, tendo em vista ser carregada de subjetividade e ser de difícil registro. Em geral, é exercida de forma crônica, podendo causar sérios prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, comprometendo a saúde emocional das vítimas<sup>16-17</sup>.

Pode-se notar o baixo uso de armas de fogo como instrumento de violência, fato possivelmente ocorrido pela implementação da lei federal do Estatuto do Desarmamento no Brasil, nº 10.826 datada de 22 de dezembro de 2003, que proíbe o porte de armas por civis, com exceção para os casos onde haja necessidade comprovada<sup>18</sup>.

Jaramillo e Uribe<sup>19</sup>, em 2001, relataram que no atendimento clínico voltado às mulheres violentadas foram frequentes as contusões, lacerações e fraturas, resultados estes também encontrados no presente estudo. A cabeça e a face foram as regiões do corpo mais atingidas pelas mulheres vítimas de violência, dados estes que corroboram com a literatura<sup>10,19,20</sup>. A preferência do agressor por essa região caracteriza um ato de grande humilhação<sup>20</sup>, além de tornar a lesão visível, ferindo a beleza feminina e sua relação com a sociedade<sup>21</sup>.

Quanto às consequências da violência detectadas no momento em que foram feitas as notificações, os casos de estresse pós-traumático demonstraram-se os mais expressivos. Essa perturbação psíquica é caracterizada pela vivência de um evento fortemente ameaçador, onde a recordação do acontecido gera desconforto, medo e ansiedade de que venha ocorrer novamente. O transtorno de estresse pós-traumático é o principal transtorno psiquiátrico associado aos acidentes e violências<sup>22</sup>. Além do estresse, observou-se também um grande número de ocorrências de transtorno comportamental, caracterizado por manifestações como timidez, agressividade, isolamento social, distúrbios do sono e do apetite<sup>23</sup>.

No município de Porto Alegre observou-se que as características específicas de alguns serviços de saúde oferecidos para mulheres acometidas de violência levaram a maior procura por atendimentos a esses locais. Observou-se que 51% das mulheres vítimas de violência foram notificadas no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas do referido município, onde existe um Centro de Referência no Atendimento Infante Juvenil (CRAI), que presta atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. Composto por uma equipe formada por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, ginecologistas, advogados e policiais civis,

o Crai fornece acompanhamento integral, desde o registro da ocorrência policial, preparação para a perícia médica, notificação ao Conselho Tutelar e avaliação clínica, até o encaminhamento para tratamento terapêutico na rede de saúde do município de origem da vítima<sup>24</sup>.

Este fato demonstra a importância de programas especiais voltados para a violência em hospitais, unidades básicas de saúde e em instituições de ensino, pois permitem maiores facilidades de acesso para as vítimas de agressões.

Analisando o tipo de encaminhamento no setor de saúde, os casos ambulatoriais foram expressivamente superiores à internação hospitalar. Isso se deve ao fato de que a maioria dos casos foi de contusão, onde o trauma ocorreu em tecidos moles, causando principalmente edema e hematoma. Por ser essa a principal característica dos casos notificados, mais de 80% das vítimas tiveram alta, concordando com outro estudo<sup>10</sup>.

O Conselho Tutelar foi o principal órgão de encaminhamento utilizado no ato da notificação, porque a maioria das vítimas encontravam-se numa faixa etária entre 0 e 20 anos de idade. Esse órgão público municipal tem a função de fiscalizar e fazer cumprir os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, atendendo e encaminhando os casos de violência denunciados<sup>25</sup>.

A alta prevalência de lesões de cabeça e face demonstra a grande importância da atuação do cirurgião-dentista no atendimento às vítimas de violência. De acordo com Deslandes et al.<sup>10</sup>, em 2000, no que se refere ao atendimento a mulheres vítimas de violência que procuraram o serviço de emergência em hospitais, o dentista foi o segundo profissional mais solicitado, ficando atrás apenas do médico ortopedista. Os registros de ocorrência do Sinan, descritos neste estudo, não apresentaram casos de traumatismos dentários notificados. Por essa razão, reforça-se aqui que o papel do cirurgião dentista é incontestável e de extrema relevância, tanto no diagnóstico dos casos como no tratamento, orientação, notificação e encaminhamento das mulheres vítimas de violência.

Espera-se com a publicação deste trabalho facilitar a notificação/informação de violência doméstica, que são fundamentos importantes para o planejamento e a execução de ações voltadas para a redução da morbimortalidade decorrente das violências e para a promoção da cultura de paz.

## Conclusão

Com base nos resultados obtidos neste estudo, pode-se afirmar:

- A prevalência de mulheres vítimas de violência notificadas pelo Sinan, no período de 2009 e 2010, no município de Porto Alegre foi de 1.278 casos;

- A idade média das vítimas foi de 15,5 anos e em sua maioria da raça branca;
- O ambiente doméstico foi o local de maior ocorrência das agressões e favoreceu a violência sexual, que foi a mais prevalente, acometida principalmente por amigos e conhecidos;
- O espancamento e a contusão foram o mais frequente meio de agressão e natureza da lesão, respectivamente. A cabeça e a face foram às partes do corpo mais atingidas. Acarretando como consequência o transtorno de estresse pós-traumático;
- A maioria dos casos teve o encaminhamento para o atendimento ambulatorial no setor de saúde, evoluindo para alta, e para o Conselho Tutelar nos demais setores.

## Abstract

*Objective: To present the prevalence of women victims of violence notified by Sinan, during 2009 and 2010 in Porto Alegre, and to characterize the cases regarding age, race, disability, place of occurrence, type of violence, mean of aggression, consequences of the violence, nature of the wound, injured part of the body, relationship with the victim, evolution, and referral. Methods: A database was set up, recorded, and studied using information extracted from Sinan reports. Results: From the total of 1278 notifications used, it was found that the mean age of women was 15.5 years old, mostly Caucasian, 66%. It was observed that the domestic environment (75.5%) favored the most prevalent type of violence in this study, which was sexual (56.7%), mainly afflicted by friends and acquaintances (16.4%). Beating was the most frequent way of aggression, with 38.6%, bringing as a consequence at the time of notification, the posttraumatic stress disorder (9.8%) and hospital discharge (80.9%) as the case evolved. Bruise was the most found nature of lesion (9.8%), being the head the most prevalent spot of attacks (10.4%). Conclusion: The role of the dentist is extremely important in diagnosing the cases, as well as in treatment, counseling, notification, and referral of women victims of violence.*

*Keywords: Violence against women. Abuse reporting. Aggression.*

## Agradecimentos

Agradecemos à Karla Lindorfer Livi e à Simone Lerner, coordenadoras do setor de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), e à Equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, pelas informações cedidas.

## Referências

1. Minayo MCS. Violência e Saúde. Coleção temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 45.
2. Grossi K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR (Orgs.). Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-49.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad. Saúde Pública 2006; 22(12):2567-73.
4. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19 Supl 2:263-72.
5. Rabello PM, Caldas Junior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública 2007; 41(6):970-8.
6. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
7. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde Pública. 1994; 10 (supl. 1):146-55.
8. Soares LE, Soares BM, Carneiro LP. Violência contra a mulher: As DEAMs e os pactos domésticos. In: Violência e Política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/ISER; 1996. pp. 65-106.
9. Lopez IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DV. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina, PI. Rev Brás Ginecologia Obstetrícia 2004; 26(2):111-6.
10. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2000; 16:129-37.
11. Souza CM, Adesse I. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Lidor; 2004.
12. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AA, Kossel K, Moreli K, Botello LF, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Ver Saúde Pública 2005; 39:376-82.
13. Instituto Promundo e Instituto Noos. Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Promundo e Instituto Noos; 2003.
14. 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.
15. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand J, et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. Rev Saúde Pública 2007; 41(3):359-67.
16. Santana JSS, Souza SL. Violência em situação de rua. In: Costa MCO, Souza RP. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 439-48.
17. Assis SG, Avanci JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 59-67.
18. BRASIL Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003. Estatuto do Desarmamento.
19. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal en La atención a las mujeres maltratadas. Invest Educ Enferm 2001; 19:38-45.
20. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública 2002; 36:470-7.

21. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
22. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(1):12-6.
23. Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC. Family violence: impact on children. JAACAP 1992; 31:181-9.
24. Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/default.php?reg=4&p\\_secao=17](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/default.php?reg=4&p_secao=17)> Acessado em: 02/06/2012.
25. Costa COM, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(5):1129-41.

**Endereço para correspondência:**

Márcia Cançado Figueiredo  
Rua Luzitana 1370/502, Bairro Higienópolis  
90520080 Porto Alegre - RS  
Fone: (51) 3337 5471  
E-mail: mcf1958@gmail.com

*Recebido: 11/06/2012. Aceito: 26/11/2012.*