

2º CADERNO

DIÁLOGOS SOBRE AS EXPERIÊNCIAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA



Realização:



Parceria:



Coordenadoria
Especial de Políticas
Públicas para a Mulher



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Gabinete do Governador



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

MARIA DE LOURDES GÓES ARAÚJO
GRAYCE ALENCAR ALBUQUERQUE
LIGIA LUCENA GONÇALVES MEDINA
(Organizadoras)

Perfil da violência e monitoramento da violência contra a mulher na região do Cariri em 2017, realizado pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri - Universidade Regional do Cariri - (URCA)

SÉRIE: Cadernos Diálogos sobre a experiência no enfrentamento à violência
- volume 02

FORTALEZA
2018

Governo do Estado do Ceará - Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres - CEPAM
Escola de Saúde Pública do Ceará - Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG
Universidade Regional do Cariri - URCA - Observatório da Violência edos Direitos Humanos da Região do Cariri
Cooperativa Interdisciplinar de Capacitação e Assessoria LTDA - Casa Lilás

DIÁLOGOS SOBRE AS EXPERIÊNCIAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA - VOLUME 02 - NOVEMBRO 2018

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Governador: CAMILO SOBREIRA DE SANTANA
Vice-governadora: MARIA IZOLDA CELA DE ARRUDA COELHO
Chefe de Gabinete: JOSÉ ÉLCIO BATISTA
Coordenadora Especial de Políticas Públicas para as Mulheres:
CAMILA DA SILVA SILVEIRA
Articuladora do Eixo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher:
GABRIELA FREITAS DA SILVA

COOPERATIVA INTERDISCIPLINAR DE CAPACITAÇÃO E ASSESSORIA LTDA - CASA LILAS

Presidenta: MARIA DE LOURDES GÓES ARAÚJO
Vice-presidenta: ANTÔNIA MENDES ARAÚJO
Secretária: LIDIANE RAMOS LIMA
Tesoureira: MARIA SALETE LOPES FREIRE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Superintendente: SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA
Diretora de Pós Graduação em Saúde - DIPSA:
OLIVIA ANDREA ALENCAR COSTA BESSA
Supervisora do Centro de Educação Permanente em Saúde - CEVIG:
LIGIA LUCENA GONÇALVES MEDINA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

Reitor: JOSÉ PATRÍCIO PEREIRA MELO
Vice-reitor: FRANCISCO DO O' DE LIMA JÚNIOR
Coordenadora do observatório da violência:
GRAYCE ALENCAR ALBUQUERQUE

BOLSISTAS DO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA E DOS DIREITOS HUMANOS DO CARIRI, ANO 2017

SÁSKYA JORGEANNE BARROS BEZERRA
GABRIEL FERNANDES PEREIRA
MARIA DO SOCORRO NETA GERÔNIMO
FRANCISCA TAMIRIS PEREIRA DE SOUZA
RANIERE RODRIGUES DA SILVA
KELLIANE VIEIRA DA SILVA
JOSÉ NILTON DE MENEZES MARINHO FILHO
REBBECA MICAELLY BARROS DE SÁ

Ficha Catalográfica elaborada por:
Maria Helena Carvalhêdo Farias e João Araújo Santiago Martins

P426

Perfil da violência e monitoramento da violência contra a mulher na região do Cariri em 2017, realizado pelo observatório da violência e dos direitos humanos da região do Cariri, Universidade Regional do Cariri (URCA). / Maria de Lourdes Góes Araújo, , Grayce Alencar Albuquerque, Lígia Lucena Gonçalves Medina - organizadoras – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2018.

Série: Cadernos Diálogos sobre a Experiência no Enfrentamento à Violência.

Volume 02

65 p.

ISBN: 978-85-88124-22-6

1. Violência. 2. Violência Contra a Mulher. 3. Mulheres. 4. Gênero. 5. Saúde. 6. Araújo, Maria de Lourdes Góes. 7. Albuquerque, Grayce Alencar, 8. Medina, Lígia Lucena Gonçalves, Organizadoras. I. Título.

CDD: 362.8292

SOBRE AS AUTORAS

Camila da Silva Silveira: Feminista com histórico nos movimentos estudantis e juventude, possui experiência em gestão pública, gerenciamento de projetos e programas governamentais. Coordenou, na primeira gestão do Prefeito Roberto Cláudio (2013-2016), o Fundo Municipal de Juventude de Fortaleza. À frente da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres do Gabinete do Governador desde janeiro de 2015, preside o Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM), tendo implementado uma política inovadora baseada na transparência e transversalidade com foco em resultados.

Grayce Alencar Albuquerque: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA (2005), Doutorado em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina do ABC (2015). Docente do quadro efetivo da URCA. Líder do grupo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Diversidade Sexual e Inclusão (GPESGDI). Coordenadora do Observatório de Violência e Direitos Humanos na região do Cariri pela URCA. Docente permanente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família pela RENASF e Docente Colaboradora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (URCA/UECE). Vice-coordenadora do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da URCA. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. Atualmente desenvolve pesquisas vinculadas à Saúde Coletiva, Saúde Pública e Enfermagem com foco em temáticas transversais como sexualidade, gênero, diversidade sexual, inclusão social, violência contra mulher e populações vulneráveis, consumo de drogas, comportamentos de risco, humanização em saúde e acessibilidade aos serviços de saúde.

Gabriela Freitas da Silva: Possui graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil (2010) e Especialização em Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016). Atua na Coordenadoria Especial de Políticas Públicas Para as Mulheres do Governo do Estado do Ceará como Articuladora do Eixo de Enfrentamento à Violência contra às mulheres. Nessa função tem acompanhado o Projeto Mulher Viver Sem Violência, com a Implementação da Casa da Mulher Brasileira do Ceará e as ações das Unidades Móveis de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Estado. Também participa do Fórum Estadual de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres do Campo da Floresta e das Águas, que articula as atividades das Unidades Móveis em todo Estado do Ceará.

Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo: Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (2006), residência multiprofissional em saúde da família pela Universidade Vale do Acaraú (2010) e mestrado em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2018). Atua como Assessora Técnica do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG da Escola de Saúde Pública do Ceará, membro do Comitê de Ética em Pesquisa da ESP/CE e membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde da ESP/CE.

Ligia Lucena Gonçalves Medina: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2009), especialização em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2012), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2017). Atualmente é Supervisora do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG da Escola de Saúde Pública do Ceará e membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde da ESP/CE. Integrante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Luana Alcântara Fialho: Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (2015), Intercâmbio pelo Programa CAPES/AULP intitulado “Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: Família, HIV/Aids e Saúde Mental. Uma Proposta de Parceria com Moçambique” (2015), Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto pela Escola Superior em Ciências da Saúde - DF (2018). Atua como Assessora Técnica do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Maria de Lourdes Góes Araujo: Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paula (1975) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2000). Foi coordenadora do Projeto Hospital da Mulher de Fortaleza, sendo responsável pela implantação do modelo de gestão e confecção de protocolos clínicos e de gestão do mesmo; está aposentada como professora adjunta da Universidade Regional do Cariri, onde ministrou; as disciplinas: enfermagem em saúde coletiva II, saúde e cidadania, saúde e meio ambiente. Orientou trabalhos de conclusão de curso, pesquisas e projetos de extensão, no qual destaca o Projeto Flor de Jitirana que criou o observatório da violência e dos Direitos Humanos no Cariri. Tem experiência na área de saúde, com ênfase em Saúde Pública/ saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: mulher, gênero, direitos sexuais e reprodutivos; violência e gestão de serviços de saúde. Tem também experiências com ONG especialmente de mulheres e feminista. Sócia fundadora e atual presidenta da Cooperativa Interdisciplinar de Capacitação e Assessoria LTDA- CASA LILAS.

Olga Maria de Alencar: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1993), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará-UFC, especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). É doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Sócia membro do movimento Casa Lilás em defesa das mulheres em situação de violência de gênero. Integrante da Associação Brasileira Rede Unida. Integrante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Participa do grupo de pesquisa Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (LAPRACS/UECE).

Patrícia Amanda Pereira Vieira: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará e mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Fortaleza (2010), especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2013) e mestrado em Ciências Médicas pela Universidade de Fortaleza (2016). Assessora Técnica do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Herika Paiva Pontes Vargas: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (2008), Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2016) e Especialização em Fisioterapia Neurológica Funcional pela Universidade de Fortaleza (2010). Atualmente é Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (2018) e bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES / BRASIL). Membro efetivo do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC).

Revisão ortográfica: Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo

Projeto Gráfico: Assessoria de comunicação da Escola de Saúde Pública do Ceará

Apoio institucional: Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior do Ceará - SECITECE.

Impressão: SECITECE e ESP/CE.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CMB - Casa da Mulher Brasileira

CRM - Centros de Referência da Mulher

CEPAM - Coordenadoria especial de políticas públicas para as mulheres

CEVIG - Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde

CNPM - Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

CRAJUBAR - Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha

DDM - Delegacias de Defesa da Mulher

FLACSO - Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG - Ignorado

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

NEV/USP - Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo

ONG - Organização Não Governamental

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PRPGP - Pró-Reitoria de Graduação e Pesquisa

PROEX - Pró-Reitoria de Extensão

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URCA - Universidade Regional do Cariri

APRESENTAÇÃO

O presente caderno é uma iniciativa conjunta da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE - Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG com a Universidade Regional do Cariri - URCA - Observatório da Violência do Cariri, a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Mulheres - CEPAM do Governo do Estado, e a Cooperativa Interdisciplinar de Capacitação e Assessoria LTDA- Casa Lilás. Essas parcerias se dão no contexto da Campanha dos 16 dias de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher 2018, em que elaborou-se uma programação conjunta constando de diversas atividades, no qual fará parte o lançamento do segundo número do Caderno **Diálogos sobre as experiências no enfrentamento à violência**.

Esta edição consta de quatro capítulos: Perfil da violência contra a mulher; Monitoramento dos dados de 2017 do Observatório da Violência do Cariri; Rede de enfrentamento à violência contra mulher no Ceará; e Análise das causas externas no Ceará. O caderno consta de uma parte introdutória, perfil da violência contra a mulher, com uma breve discussão sobre a violência contra a mulher, sua relação com a saúde, alguns dados nacionais e uma apresentação sobre o Observatório; uma segunda parte com os dados coletados pelo Observatório da Violência no Cariri em tabelas e gráficos associados a uma breve análise dos dados; uma terceira parte com uma apresentação da rede de enfrentamento à violência contra a mulher no Ceará com uma reflexão sobre a mesma, avanços e desafios no enfrentamento à violência contra a mulher e uma breve apresentação da Casa da Mulher Brasileira; e uma quarta e última parte com um panorama das causas externas no Ceará.

Os dados coletados pelo Observatório do Cariri permitem o levantamento do perfil das mulheres vítimas, o perfil das notificações pelo setor saúde, dos registros de ocorrências nas delegacias da região e o perfil dos agressores. Os dados apresentados são referentes ao ano de 2017 e foram levantados pelos 11 bolsistas do Observatório, estudantes selecionados por editais específicos pela Pró-Reitoria de Graduação e Pesquisa (PRPGP) e Pró-Reitoria de Extensão (PROEX).

A sistematização dos dados foi realizada pelas instituições que estão envolvidas na campanha, num esforço conjunto, por considerarem a importância da reflexão sobre a temática da violência contra a mulher e, principalmente, como instrumento de sensibilização da sociedade no que se refere à prevenção e ao enfrentamento dessa violência. Os temas abordados nos capítulos foram escolhidos com o propósito de propiciar uma ampla reflexão sobre a temática, indo desde uma análise geral sobre a magnitude e transcendência do problema da violência cometida contra as mulheres até uma reflexão sobre as causas externas no Estado do Ceará.

Esperamos que esse caderno possa ser amplamente utilizado pelas instituições envolvidas e por pessoas interessadas na prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher. Na Escola de Saúde Pública e na Universidade Regional do Cariri, espera-se que o caderno possa contribuir como fonte de pesquisas para discentes e docentes interessados na temática, principalmente os estudantes das várias residências médica e multiprofissional.

SUMÁRIO

PRIMEIRO CAPÍTULO

Perfil da violência contra a mulher	10
--	-----------

SEGUNDO CAPÍTULO

Monitoramento dos dados do ano de 2017 pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri - O perfil das mulheres vítimas de violência doméstica	16
--	-----------

1) O Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri	16
2) Resultados do monitoramento da violência contra a mulher no ano de 2017	17
3) Dados obtidos	17
4) Caracterização das violências contra a mulher segundo vítima, agressores e tipos de eventos	20
5) Caracterização das mulheres que sofreram violência no ano de 2017 no Crajubar	20
5.1) Ciclo de vida das vítimas	20
5.2) Número de filhos(as) das mulheres que sofreram violência	21
5.3) Idade das mulheres que sofreram violência	23
5.4) Raça/cor das mulheres que sofreram violência	24
5.5) Situação conjugal das mulheres que sofreram violência	25
5.6) Tempo de relacionamento das mulheres que sofreram violência com seus agressores	26
5.7) Faixa etária dos agressores	27
5.8) Vínculo dos agressores com as vítimas	28
5.9) Consumo de álcool pelos agressores	29
5.10) Zona de Ocorrência da violência	30
5.11) Horário das ocorrências de violência contra a mulher	31
5.12) Local das ocorrências de violência contra a mulher	32
5.13) Episódios de violência aconteceram por mais de uma vez	33
5.14) Tipo violência cometida contra as mulheres. Crajubar, 2017	34
5.15) Tipo de agressão física sofrida	36
5.16) Número dos agressores envolvidos	37
6) Considerações Finais	38

TERCEIRO CAPÍTULO

A Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres no Ceará	40
--	-----------

Casa da Mulher Brasileira - Ceará	43
-----------------------------------	----

QUARTO CAPÍTULO

Análise das causas externas no Ceará	45
---	-----------

Violência: um fenômeno sócio-histórico	45
--	----

Impacto social da violência contra as mulheres: desafios da contemporaneidade	46
---	----

Violência no Ceará: contexto epidemiológico, político e social	48
--	----

PRIMEIRO CAPÍTULO

Perfil da violência contra a mulher

Maria de Lourdes Góes Araujo e Herika Paiva Pontes Vargas

A violência contra a mulher, uma forma extrema de desigualdade de gênero, é um problema de saúde pública e de direitos humanos que atinge um grande número de mulheres em todo o mundo. Adota-se como referência a definição da Convenção de Belém do Pará, como ficou conhecida a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, realizada em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Essa convenção conceitua a violência contra as mulheres, reconhecendo-a como uma violação aos direitos humanos, e estabelece deveres aos Estados signatários, com o propósito de criar condições reais de rompimento com o ciclo de violência identificado contra mulheres em escala mundial.

O decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996, promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, e afirma em seu artigo 1º que:

“... entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996).

No seu artigo 2º, declara que a violência contra a mulher inclui a violência física, sexual ou psicológica ocorrida na família, na comunidade ou que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado e seus agentes, onde quer que ocorra.

As violências cometidas contra mulheres são universais. A expressão “violência contra as mulheres” designa todos os atos de violência dirigidos contra o sexo feminino, que causam ou que possam causar prejuízo ou sofrimentos físicos, sexuais

ou psicológicos às mulheres, incluindo a ameaça de tais casos e a restrição ou a privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada. O enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil tem suas primeiras manifestações nos anos 70, como uma das principais bandeiras de luta da segunda onda do feminismo no país. Sob a insígnia “Nosso Corpo nos pertence”, “Quem Ama Não Mata” e “O privado é político”, as feministas reivindicavam o direito ao corpo, ao prazer e lutavam contra o patriarcado e o machismo (ARAUJO et al., 2017).

Atualmente, violência contra a mulher é considerada um problema mundial de saúde pública que compromete a saúde física e emocional, sendo frequente sua ocorrência no espaço doméstico, principalmente perpetrada por seus cônjuges (PASINATO, 2015).

A violência se faz presente tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo já tenham sofrido qualquer violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo ou violência sexual por um não parceiro em algum momento de suas vidas.

De forma geral, as regiões do planeta que menos garantem os direitos das mulheres são a África Subsaariana, a Ásia Meridional e o Oriente Médio. No entanto, Tunísia, Jordânia e Líbano se destacam por seus avanços. A Europa é o continente que mais pune a violência de gênero, a Rússia se sobressai como o país menos seguro para as mulheres (CASTILLO, 2017).

O Mapa da Violência 2015 - Homicídios de Mulheres, produzido pela Faculdade Latino-Americana de Ciências

Sociais, traz dados e análises sobre o perfil da violência contra a mulher no Brasil (FLACSO) (WASELFSZ, 2015 apud ARAUJO et al., 2017). O estudo informa que o Brasil:

- Ocupa a quinta posição entre 83 países em violência cometida contra as mulheres, com uma taxa de 4,8/100 mil mulheres;
- Apresenta 48 vezes mais homicídios do que o Reino Unido;
- Apresenta 24 vezes mais homicídios do que a Irlanda ou a Dinamarca;
- Apresenta 16 vezes mais homicídios do que o Japão ou a Escócia.

No Brasil, doze mulheres são assassinadas todos os dias, em média. Dados oficiais do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP) (2018) revelaram que em 2017 foram registrados 4.473 homicídios dolosos, sendo 946 feminicídios, ou seja, casos de mulheres mortas em crimes de ódio motivados pela condição de gênero. Trata-se de um aumento de 6,5% em relação a 2016, quando foram registrados 4.201 homicídios (sendo 812 feminicídios). Mato Grosso é o estado com a maior taxa de feminicídio em 2017, com quase 5 casos a cada 100 mil mulheres. Já o Rio Grande do Norte tem o maior índice de assassinatos de mulheres no geral, com 8,4 casos a cada 100 mil mulheres (ARAUJO et al., 2017).

Com relação ao estupro, foram notificados em todo o Brasil, no ano de 2017, 60.018 casos, representando um crescimento de 8,4% em relação a 2016. Já no que concerne aos registros de lesão corporal dolosa, foram 221.238 casos, ou seja, 606 casos por dia (BRASIL, 2018).

Ao considerarmos o último relatório da OMS (2017), o Brasil ocupa a 5ª posição entre as nações mais violentas para as mulheres, em um total de 83 países. Os dados expõem não apenas

uma preocupante escalada da violência contra as mulheres, mas mostram também uma potente subnotificação nos casos de feminicídio (ARAUJO et al., 2017).

A Lei do Feminicídio, Lei 13.104, sancionada em 9 de março de 2015, torna o feminicídio crime hediondo e representa um marco político na luta pelos direitos das mulheres. A legislação prevê penalidades mais graves para homicídios que se encaixam na definição de feminicídio, ou seja, que envolvam violência doméstica e familiar, e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Os casos mais comuns desses assassinatos ocorrem por motivos como a separação (BRASIL, 2015).

De acordo com o NEV/USP (2018), verifica-se uma lenta evolução dos registros de feminicídios no país. Em 2015, ano em que a lei foi sancionada, 16 estados registraram 492 casos. As outras unidades da federação não forneceram registros. Um ano depois, em 2016, 20 estados tiveram 812 crimes. Já em 2017, 24 estados tiveram 946 feminicídios.

O Atlas da violência 2018 traz uma análise dos dados referentes aos homicídios no período de 2006 a 2016, ressaltando que durante esse período ocorreu um aumento significativo da taxa de feminicídios da ordem de 15,3% no Brasil e de 62,7% no Ceará. Pode-se observar que o Ceará apresenta um aumento muito maior do que a média brasileira, e, na classificação nacional relacionada ao aumento de homicídios de mulheres, o Ceará aparece em 10º lugar. Já em relação à taxa de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, no mesmo período, observa-se uma variação no Brasil da ordem de 6,4%, enquanto que no Ceará é da ordem de 51,2% (CERQUEIRA, 2018).

No Ceará ainda não há dados referente ao feminicídio, devido esta categoria de crime ter sido implementada no Sistema de Informação Policial apenas no final do ano de 2017.

Diante da complexidade do

enfrentamento à violência contra a mulher, da sua relevância e magnitude, foi promulgada em 2006 a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Este dispositivo permitiu maior rigor no julgamento dos crimes de violência contra a mulher baseada no gênero, na concessão de medidas protetivas, na prisão em flagrante e na prisão preventiva nos casos de risco para mulheres e filhos. Também, por meio desta, determinou-se a criação de varas ou de Juizados específicos para julgar os casos, vislumbrando dar maior celeridade à situação. Criaram-se outras políticas de atendimento à mulher para a promoção de uma atenção integral (BRASIL, 2006).

Reconhecendo a necessidade urgente de abordar a violência contra a mulher em escala mundial, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas - ONU adotou uma meta que requer a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher e a menina no âmbito do objetivo da igualdade de gênero (ARAUJO et al., 2017).

A violência contra a mulher tem consequências profundas e permanentes para a saúde física e mental da mulher; para a saúde e o desenvolvimento psicossocial da criança; para o bem-estar das famílias e comunidades; e nos orçamentos nacionais e desenvolvimento econômico de um país (ARAUJO et al., 2017).

Prevenir e responder efetivamente à violência contra a mulher requer uma ação multissetorial coordenada. A Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher 2015–2025 (“estratégia e plano de ação”) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) oferece um guia concreto para abordar as prioridades da Região das Américas para prevenir e responder à violência contra a mulher, adotando um enfoque de saúde pública e se concentrando no que os sistemas de saúde podem fazer de forma a complementar as ações importantes realizadas por outros setores

(ARAUJO et al., 2017).

Nesse sentido, organizaram-se os serviços com fins na construção da “Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência”. Através desta, almeja-se integrar e articular diversas instituições consideradas importantes no sentido de proteger a mulher e/ou empoderá-la para o enfrentamento da violência de gênero, a exemplo de delegacias da mulher, casas abrigo, centros de referência, Instituto Médico Legal e serviços de saúde (PASSINATO, 2015).

Entretanto, o acolhimento e o atendimento às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde exigem dos profissionais conhecimentos específicos e desenvolvimento de habilidades para as devidas abordagens à mulher, além de favorecer interações com os serviços de suporte como mecanismo de garantia de atenção integral, equitativa, eficiente e eficaz (SILVA; GOMES, 2018).

Tais requisitos são contrários aos resultados apresentados em pesquisas que acusam o despreparo profissional para reconhecer situações de violência contra a mulher, onde identificam a prática profissional comumente limitada à queixa/conduita, consequência da formação biomédica centrada na cura da doença (MORAIS; GERK; NUNES, 2018).

Além disso, esses profissionais costumam desconhecer outros serviços de suporte para os quais possam orientar e encaminhar mulheres vítimas de violência que, muitas vezes, por conta da superlotação em unidades de emergência, têm sua atenção prejudicada, limitando-se ao tratamento das lesões físicas, sem que haja tempo necessário para acolhê-la e relacionar as lesões a episódios de violência contra a mulher (PASSINATO, 2018).

Os serviços de saúde, muitas vezes, constituem o primeiro local de auxílio às vítimas, sendo importantes instâncias para detecção do problema. No entanto, na prática, muitas são as crenças, os mitos

e as representações que dificultam e até impedem o reconhecimento e a abordagem da violência doméstica com as usuárias, pois muitas mulheres omitem a violência sofrida, por medo ou vergonha. (SANTOS, et al., 2018).

Por outro lado, alguns profissionais podem rotular os atos violentos como simples manifestações de ciúme ou situações eventuais. Ainda, o medo de represálias pode inibir uma atuação profissional mais efetiva. Estudos identificaram que alguns profissionais de saúde se sentem despreparados para atuar em situações de violência. Argumentam que o sentimento advém da abordagem superficial ou inexistente da temática durante a graduação, bem como pela falta de qualificação específica por meio de cursos, conferências e seminários (SILVA; GOMES, 2018).

No que se refere à prevenção, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são imprescindíveis para uma atuação preventiva da violência contra a mulher devido à reorganização do modelo assistencial, por meio da Estratégia Saúde Família, em que há a possibilidade de longitudinalidade do cuidado, o vínculo estabelecido com os usuários, a capacidade de atuação intersetorial e, primordialmente, a responsabilidade na promoção da saúde. Os profissionais da APS se encontram em posição privilegiada para criar um ambiente seguro e confidencial que facilite a divulgação da violência, garanta a oferta de apoio adequado e encaminhamento a outros recursos e serviços (LUCCHESI et al., 2017).

Entretanto, no estudo de Moraes, Gerk e Nunes (2018), realizado no âmbito da APS sobre as práticas das equipes frente às situações de violência contra a mulher, aponta desafios e dilemas para a construção da atenção integral. Dentre as barreiras e dificuldades no atendimento a situações de violência, estão a sensação de insegurança por parte dos profissionais, a ausência

de treinamento, as lacunas na formação acadêmica e a falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, a ampliação do olhar para além das queixas biológicas e o não desvelamento da situação de violência por parte das usuárias, inclusive havendo subnotificação dos casos de violência contra a mulher, mesmo sendo obrigatória a notificação compulsória aos profissionais de saúde ou responsáveis à assistência a cliente.

Outro estudo apontou que médicos e enfermeiros são os profissionais que menos se envolvem no atendimento de mulheres em situação de violência, entretanto, em muitos casos, são justamente estes os profissionais que mais são procurados por essas usuárias, visto que muitas famílias possuem um frágil vínculo com as unidades básicas de saúde, sendo a procura exclusivamente para o atendimento de demandas espontâneas (PAIXÃO et al., 2018).

O profissional de saúde precisa ser capacitado a prestar uma assistência que venha ao encontro das necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas vítimas de violência, bem como identificar as ocorrências nas usuárias atendidas, de forma a favorecer a notificação dos casos, o encaminhamento adequado e principalmente a continuidade da assistência à saúde das vítimas (GOMES et al., 2017).

A incipiente capacitação para atenção à vítima de violência na formação profissional se constitui em lacuna de conhecimento que dificulta o enfrentamento dessa temática. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem necessidade de avançar para que a atenção à saúde se refira à premissa de proteção dos direitos humanos e da cidadania de pessoas que sofreram ou sofrem violência.

Ao focar questões complexas, como a violência contra a mulher, há a necessidade de ampliar a percepção dos profissionais de saúde para uma mudança de paradigmas, além da criação de

condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir, no sentido de garantir a escuta e a atenção humanizada para pessoas em situação de violência.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M.L.G. et al. **Caderno diálogos sobre experiências no enfrentamento a violência**. Escola de Saúde Pública, Fortaleza, Ceará 2017.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **MDH divulga dados sobre feminicídio**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/agosto/ligue-180-recebe-e-encaminha-denuncias-de-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em: 16 set 2018.

CASTILLO, E. **A violência contra as mulheres no mundo em quatro mapas**. El país, Madri: 2017. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/22/internacional/1511362733_867518.html>. Acesso em: 16 set 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2018**. Ipea, FBSP, São Paulo 2018.

FORÚM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário brasileiro de segurança pública 2018. São Paulo: 2018. Disponível: <<http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2018/>>. Acesso em: 15 set 2018.

GOMES, M.C. et al. Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar. **Revenferm UFPE**, Recife, v. 11, Supl. 12, p. 5245-51, dez., 2017.

LUCHESE, R. et al. Histórico de violência contra a mulher que vivencia o abuso de álcool e drogas. **Revenferm UFPE**, Recife, v. 11, Supl. 9, p. 3623-31, set., 2017.

MORAIS, B. L. A.; GERK, M. A. S.; NUNES, C. B. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. **Revista Nursing**, v. 21, n. 240, p. 2164-67, 2018.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (NEV/USP). **Monitor da violência: violência contra a mulher**. São Paulo: 2018. Disponível em: <<http://nevusp.org/pesquisadores-do-nev-repercutem-dados-do-atlas-da-violencia-2017/>>. Acesso em: 16 set 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa: Violência contra as mulheres**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5665:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 15 set 2018.

PAIXÃO, G. N. P. et al. Expressões da violência conjugal e serviços percorridos na rede. **Revenferm UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2368-75, set., 2018.

PASINATO, W. Oito anos de Lei Maria da Penha: Entre avanços, obstáculos e desafios. **RevEstudFem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 533-545, ago. 2015.

PASINATO, W.; BALY, E. A violência contra as mulheres e a pouca produção de informações. **Jornal da USP**, jan. 2018. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/a-violencia-contra-as-mulheres-e-a-pouca-producao-de-informacoes/>>. Acesso em 15 set 2018.

SANTOS, W. J. et al. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **RevFundCare**, v. 10, n. 3, p. 770-77, jul./set. 2018.

SILVA, C.D.; GOMES, V.L.O. Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

SEGUNDO CAPÍTULO

Monitoramento dos dados do ano de 2017 pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri - O perfil das mulheres vítimas de violência doméstica

Grayce Alencar Albuquerque e Maria de Lourdes Góes Araujo

No presente capítulo, abordaremos os resultados dos dados coletados pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri relacionados à violência contra a mulher durante o ano de 2017. Os dados foram coletados pelos bolsistas do observatório da violência sob a coordenação e supervisão da professora Dra. Grayce Alencar Albuquerque, coordenadora do observatório. Sendo esse o segundo ano de coleta sistemática de dados pelo observatório, já se pode iniciar algumas análises comparativas com o ano anterior, 2016.

Os dados foram coletados por meio de instrumento próprio (em anexo) contendo informações detalhadas sobre o perfil da violência cometida contra a mulher, o perfil das mulheres vítimas e o perfil dos agressores.

Ao final do capítulo será apresentada uma breve reflexão sobre as atividades desenvolvidas pelo observatório no ano de 2017, seus desafios e oportunidades.

1) O Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri

O Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri, denominado “Observatório da Violência no Cariri” é uma iniciativa da Universidade Regional do Cariri (URCA), de caráter interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, e está vinculado ao Gabinete da Reitoria da URCA, configurando-se como espaço de monitoramento da violência e da violação dos Direitos Humanos na Região

do Cariri. Tem como finalidade tornar-se referência regional no monitoramento da violência e do desrespeito aos direitos humanos na Região do Cariri e como missão, o comprometimento com a prática destes direitos, no sentido de contribuir com a construção de instrumentos práticos e teóricos que busquem a transformação social. Para tanto, dispõe de informações sistemáticas sobre a ocorrência de manifestações da violência e violação dos direitos humanos, distribuídas por população e no espaço das cidades da região. Essa informação está acessível não apenas para quem a produz (serviços, gestores e pesquisadores), mas também para a população em geral.

O Observatório aborda as várias manifestações da violência nos diversos grupos sociais (ditos vulneráveis) em acordo com suas especificidades de faixa etária, gênero, geração, raça, orientação sexual, pessoas com deficiência, dentre outros, tendo também como objeto de investigação e preocupação, o monitoramento sobre as políticas públicas voltadas para esses grupos específicos.

O Observatório iniciou suas atividades a partir do eixo temático da Violência e violação dos direitos humanos da mulher por meio do projeto de pesquisa: *Flor de Jitirana: Observatório da violência contra a mulher no cariri*, proposto pela professora Lourdes Góes.

Visando o cumprimento de sua finalidade, o Observatório da Violência e Direitos Humanos da Região do Cariri dota-se de metodologia capaz de orientar o desenvolvimento de seus trabalhos que são norteados pelo seu maior objetivo:

produzir e difundir análises integradas sobre as situações de violência e violação de direitos humanos que possam favorecer o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento do problema na região do Cariri e centro Sul cearense. Atuando ainda na extensão e no ensino, a produção de indicadores subsidia o processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de intervenções de enfrentamento do problema de modo mais integral e eficaz na região.

Assim, a fim de cumprir seu objetivo, o Observatório é composto por uma equipe de professores(as) e bolsistas dos diversos cursos da URCA. Sua estrutura organizacional contempla: Núcleo Gestor, Assembleia, Núcleo Consultivo, e docentes e discentes filiados ao Observatório por meio de editais específicos, com tempo determinado de filiação, admitindo-se também a possibilidade de docentes e discentes voluntários.

2) Resultados do monitoramento da violência contra a mulher no ano de 2017

Foram coletados dados nos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha, que passaram a ser nominados de Complexo Crajubar, por serem os três maiores municípios da região e por questões relacionadas à logística da universidade.

Para efeitos de análise dos dados e realização de cálculos epidemiológicos, faz-se necessária a definição do quantitativo populacional feminino residente nestes municípios. Segundo IBGE 2010, a população feminina de Juazeiro do Norte é de 131.586 habitantes, Crato possui 63.812 habitantes e Barbalha 28.419 habitantes representam respectivamente 52,6%, 52,5% e 51,2% da população geral (IBGE, 2010)¹.

Observa-se que a população feminina do Crato é praticamente a metade da população feminina de Juazeiro do Norte, dado importante para cálculo das taxas de notificação de violência e comparativos

dessas taxas entre os municípios. Importante destacar que os dados apresentados neste caderno quanto aos números de violência contra a mulher monitorados “podem” não representar a total realidade de dados de violência contra a mulher nestes três municípios no ano de 2017, devido a algumas dificuldades identificadas para a realização das coletas, acesso aos registros e/ou ausência de informações, bem como das subnotificações deste agravo. Desta forma, estima-se que os valores sejam maiores dos que neste perfil apresentado.

Os dados foram coletados em instituições de segurança e de saúde nos três municípios. Nos serviços de segurança pública, foram coletados dados nas delegacias de defesa da mulher (DDM) existentes em Juazeiro do Norte e Crato e na delegacia civil de Barbalha, já que neste município não existe DDM. No setor saúde, os dados foram coletados nos serviços de vigilância epidemiológica² das Secretarias de Saúde em Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha e nos Centros de Referência da Mulher (CRM) de Juazeiro do Norte e Crato. Preferiu-se alocar os CRM como instâncias da saúde por esta oferecer, dentre outros, atendimento psicológico e assistência social e por ser um local de busca/acolhimento de mulheres vítimas de violência.

3) Dados obtidos

Os registros das DDM dos municípios de Crato e Juazeiro do Norte apontam que, em número de ocorrências de atendimentos no ano de 2017 em relação a 2016, houve um aumento na DDM do Juazeiro do Norte da ordem de 27%, enquanto que na DDM do Crato houve um decréscimo de 8%. Também se observa que, em relação ao quantitativo de dados coletados em 2017 (tanto na DDM de Juazeiro do Norte, quanto na DDM de Crato), houve uma redução em relação aos dados coletados no ano de 2016. Tal fato se explica devido à dificuldade de acesso a alguns documentos e/ou ausência destes nos momentos das coletas.

¹Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23>>

²Os setores de vigilância epidemiológica recebem as fichas de notificação, dentre outras, as de violência, decorrentes do atendimento das vítimas em unidades de saúde da atenção primária, secundária e terciária.

Quadro 01: Números oficiais emitidos por relatório das DDM e quantitativo coletado para análise de dados da violência contra a mulher nos anos de 2016/2017 – Boletins de ocorrência registrados nas DDM.

DDM's	2016 Registrados	2016 Coletados	2017 Registrados	2017 Coletados
Juazeiro do Norte	1.162	1.008 (86,74%)	1.479*	1.132 (76,50%)
Crato	771	479 (62,12%)	711	388 (54,50%)
Somatório Juazeiro do Norte e Crato	1.933	1.487 (76,92%)	2.190	1.520 (69,40%)

* Somando-se com BO de origem de outras delegacias, o valor é 1.590.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

No ano de 2016, no Crajubar, quando se registram somente as ocorrências nas DDM, contabiliza-se uma média de 5,28 ocorrências de violência contra a mulher por dia. Já em 2017, verificou-se uma média de 6 registros de ocorrências de violência contra a mulher por dia, contabilizando-se um aumento de 13%.

Ao se realizar a somatória dos registros contabilizados nas DDM e demais campos de coleta, obtiveram-se informações de 2.020 vítimas (entre boletins de ocorrência e atendimentos em serviços de saúde), dos

quais se descreveu o perfil das vítimas.

Deste total de dados coletados pelo Observatório no ano de 2017, verificou-se que 1.546 atendimentos foram em delegacias (76%) e 474 atendimentos em serviços de saúde (24%). O perfil foi semelhante ao do ano de 2016, onde se teve 1.512 atendimentos em delegacias (81,4%) e 344 atendimentos em serviços de saúde (18,6%), apresentando uma variação entre 2017 e 2016 da ordem de 5% nos dois tipos de serviço.

Quadro 02: Números coletados de dados da violência contra a mulher no CRAJUBAR em 2017.

	Segurança	Saúde	Total
Juazeiro do Norte	1.132	328	1.460
Crato	388	111	499
Barbalha	26	35	61
Total	1.546	474	2.020

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Do total de atendimento às vítimas (2.020), foram registrados e notificados 474 atendimentos em serviços de saúde (24%). Observou-se, de 2016 para 2017, um aumento do número de notificações pelos serviços de saúde em 37% (474 em 2017/ 344 em 2016).

Desde 2004 a notificação da violência foi incluída na lista de notificações compulsórias da saúde, conforme decreto nº 5.099, de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778, de 24/11/2003 e institui os serviços de referência sentinela para recepção das notificações (BRASIL, 2003).

A notificação compulsória refere-se à comunicação obrigatória a ser feita à autoridade sanitária pelos profissionais de saúde quando do atendimento de mulheres vítimas de violência em equipamentos públicos ou privados. Conforme destaca o artigo 3º e seu respectivo parágrafo único, a notificação deve ser feita em caráter sigiloso, sendo a identidade da vítima revelada apenas em caso excepcional e com seu prévio conhecimento e consentimento. A notificação aplica-se a qualquer tipo de violência, seja ela física, sexual ou psicológica, e que tenha ocorrido no ambiente doméstico, intrafamiliar, na comunidade, ou seja, perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, reafirma a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência. Essa portaria visa possibilitar o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema, contribuindo para apoio e acolhimento às pessoas acometidas pela violência e se constituindo em um eficiente meio de controle epidemiológico (GARBIN et al., 2015).

Observa-se que, mesmo sendo de caráter obrigatório a notificação, ainda se

trata de um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde. A subnotificação está relacionada a vários fatores, destacando-se a falta de informações técnicas e científicas sobre o tema da violência, a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Aliado a esses fatores, evidencia-se o fato da violência ser um tema complexo, multifatorial e polissêmico, o que requer uma atuação dos serviços de saúde de forma intersetorial, com abordagem interdisciplinar. A notificação, então, seria um passo primordial e uma estratégia eficiente de organização da rede de enfrentamento à violência, possibilitando o fortalecimento da mesma a partir do âmbito municipal ou estadual. Assim, contribuindo para o planejamento de ações de erradicação da violência contra a mulher, a partir da realidade brasileira: onde acontece, que tipo de violência ocorre com mais frequência, quem comete a violência, quem é a mulher que sofre a violência (sua cor, idade, classe social, etc.), subsidiando o planejamento e implementação de políticas públicas, sempre em comunicação com outros órgãos (GARBIN et al., 2015).

Embora tenha ocorrido um aumento do número de notificações pelos serviços de saúde em 2017, quando se verifica a taxa total de registros/notificação de violência contra a mulher nos municípios, observa-se um ligeiro aumento das taxas em Juazeiro do Norte e uma pequena redução no município de Crato, alterações essas decorrentes dos números registrados de Boletins de Ocorrência no ano de 2017, conforme relatado anteriormente. No entanto, vale ressaltar que o município do Crato, embora com leve redução, ainda se destaca na região com números expressivos de violência contra a mulher, se levarmos em consideração que o quantitativo de

sua população feminina é metade da do município de Juazeiro do Norte.

Quadro 03: Taxa de registro/notificação de violência contra a mulher por cada 1.000 mulheres nos anos de 2016 e 2017 (Utilizando cálculos epidemiológicos).

Taxa de Notificação calculada pelo número de BO registrados nas Delegacias	Juazeiro do Norte		Crato		Barbalha	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
	11,2	8,8	11,1	12,08	0,9	0,9
Taxa de Notificação calculada pelo somatório dos registros de BO nas Delegacias e fichas de notificação pelos Serviços de Saúde	13,7	10,18	12,9	14,18	2,1	0,9

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

4) Caracterização das violências contra a mulher segundo vítima, agressores e tipos de eventos

Para apresentação do perfil, cabe inicialmente destacar que os valores em percentuais foram calculados somente para as variáveis de maior destaque no Crajubar. Importante destacar que o termo Ignorado (Ig) significa que a variável pesquisada não constava nos registros dos atendimentos, como por exemplo, nas fichas de notificação do Sistema Único de Saúde (SUS) como tempo de união, nº de filhos, identidade de gênero, religião, dados referentes ao agressor, bem como não foram encontrados em demais registros nos locais de coleta de dados deste monitoramento.

Assim, foram levantadas as seguintes variáveis:

1. Caracterização das Mulheres que sofreram violência: caracterização das vítimas, número de filhos(as), idade, raça/cor, situação conjugal e tempo de relacionamento com o agressor;

2. Caracterização dos agressores: Faixa etária, vínculo com as vítimas, sexo e consumo de álcool;

3. Caracterização da violência sofrida: tipo violência cometida, zona de ocorrência, horário da ocorrência, local da violência, se a violência aconteceu por mais de uma vez, motivação para violência cometida, tipo de agressão física sofrida/eventos associados e número de agressores envolvidos.

5) Caracterização das mulheres que sofreram violência no ano de 2017 no Crajubar

5.1) Ciclo de vida das vítimas

No quesito referente à caracterização das vítimas e seu ciclo de vida, todas as vítimas representadas são do sexo feminino e quando se apresenta “vítima mulher”, esta se refere a uma mulher jovem/adulta.

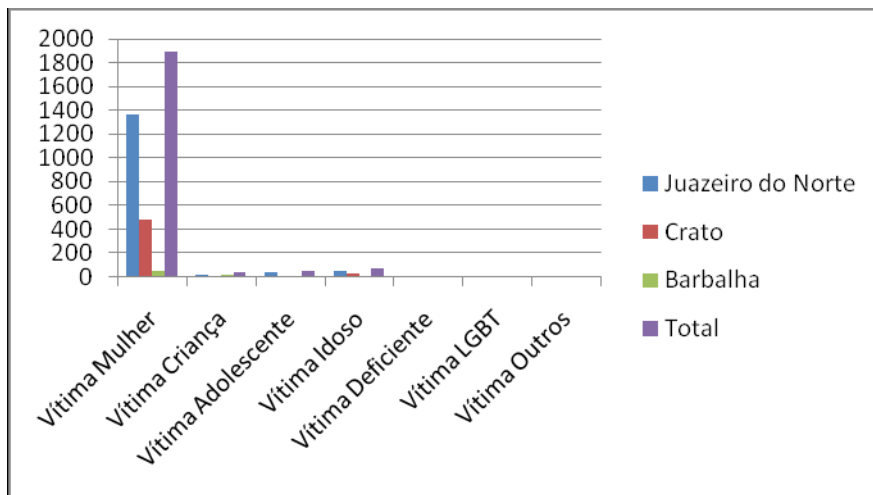
Quadro 04: Caracterização das vítimas. Crajubar, 2017.

Caracterização das vítimas	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Vítima Mulher	1.367	472	48	1.887	93,4%
Vítima Criança	17	06	07	30	1,4%
Vítima Adolescente	32	02	05	39	1,9%
Vítima Idosa	42	19	01	62	3%
Vítima Deficiente	01	00	00	01	0,04%
Vítima LGBT	01	00	00	01	0,04%
Vítima Outros	00	00	00	00	0%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 01: Caracterização das vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Observa-se uma predominância absoluta, entre as vítimas, de mulheres jovens e adultas, com um percentual em média de 93%. Enquanto que as outras mulheres juntas apresentam um percentual de 7%.

5.2) Número de filhos(as) das mulheres que sofreram violência

Quanto ao número de filhos/as das mulheres que sofreram violência em 2017 no Crajubar, observa-se uma predominância entre as mulheres com 01 filho/a, com um percentual de 18%, seguido das mulheres sem filhos/as com um percentual de 14%, e mulheres com dois filhos/as com o percentual de 12%. Entretanto observa-se um grande contingente de registros sem a informação sobre número de filhos/as, de 44%.

³Valores percentuais arredondados.

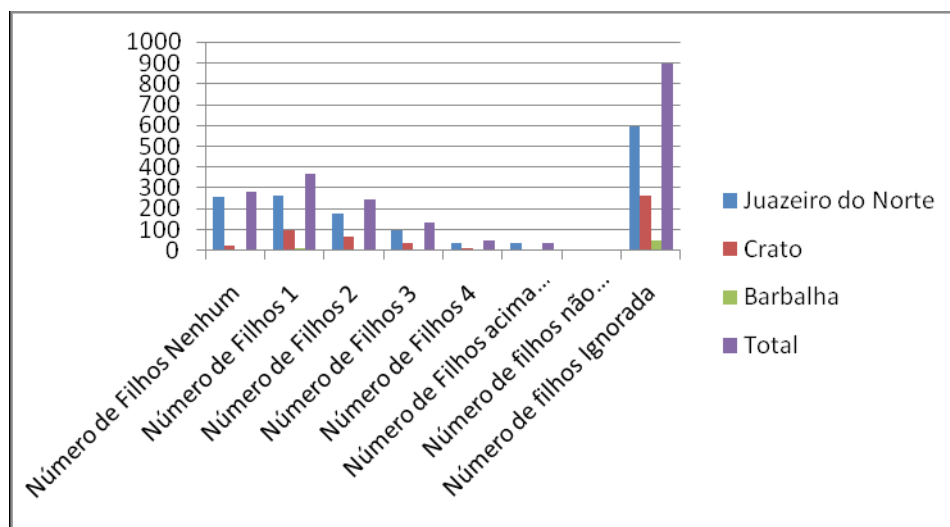
Quadro 05: Número de filhos/as das Vítimas. Crajubar, 2017.

Número de Filhos	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Nenhum	259	20	02	281	14%
01	264	97	08	369	18%
02	179	66	03	248	12%
03	95	35	02	132	6,5%
04	33	12	02	47	2,3%
Acima de 04	33	05	00	38	1,8%
Não especificado	05	04	00	09	0,4%
Ignorado	592	260	44	896	44%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 02: Número de filhos/as das vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

O conhecimento acerca do número de filhos(as) das mulheres vitimizadas se faz importante para avaliar o grau de repercussão da violência na família, especialmente na prole, e para se pensar em ações de acompanhamento e apoio familiar a esta família.

Estudos demonstram a ocorrência de danos advindos do fato da criança/adolescente testemunhar episódios de violência entre pais ou pessoas próximas. É a chamada vitimização indireta. Assim, apesar de não ter sofrido nenhuma violência, é contagiada pelo impacto da violência dirigida contra uma pessoa com quem

mantém uma relação próxima. Desta forma, a violência contra a mulher (mãe), nesses casos, é uma forma de violência psicológica contra a criança.

Conforme dados trazidos no estudo “Um Rosto Familiar: a violência na vida de crianças e adolescentes”, da UNICEF, publicado em 2017, uma em cada quatro crianças menores de cinco anos no mundo, ou seja, cerca 177 milhões, vive com uma mãe vítima de violência doméstica (UNICEF, 2017).

No Brasil, de acordo com o relatório do Ligue 180 – Balanço 2016.1, mais de 80% dos filhos presenciaram ou também

³Valores percentuais arredondados.

sofreram violência junto com as mães (BRASIL, 2016).

Desta forma, os impactos da violência direta também são sentidos na perpetuação do fenômeno da violência, ocasionando que, por meio de processos psíquicos interiorizados, ela seja reproduzida pela vítima indireta em outro momento de sua vida, como na fase adulta, por exemplo. É o que se denomina de violência transgeracional. Pesquisas feitas com agressores mostram um histórico de vida muito comum entre eles: um percentual elevado dos futuros agressores foi anteriormente ou tem sido testemunhas de violências aprendidas durante os períodos de desenvolvimento e maturação do indivíduo (CARILLO, 2015). Daí o caráter transgeracional desse

tipo de violência. Para os homens, o que prevalece é a apreensão do comportamento agressivo; para as mulheres, o que elas aprendem diz com a submissão, com a obediência, com o conformar-se com o seu “destino”.

5.3) Idade das mulheres que sofreram violência

Em relação à idade das mulheres vítimas da violência, observa-se que a maioria se encontra na faixa etária de 30 a 59 anos (54%), seguida de 18 a 29 anos (34%), sendo o restante (12%) distribuído entre as outras faixas de idade, conforme se observa no quadro 06 e gráfico 03 a seguir.

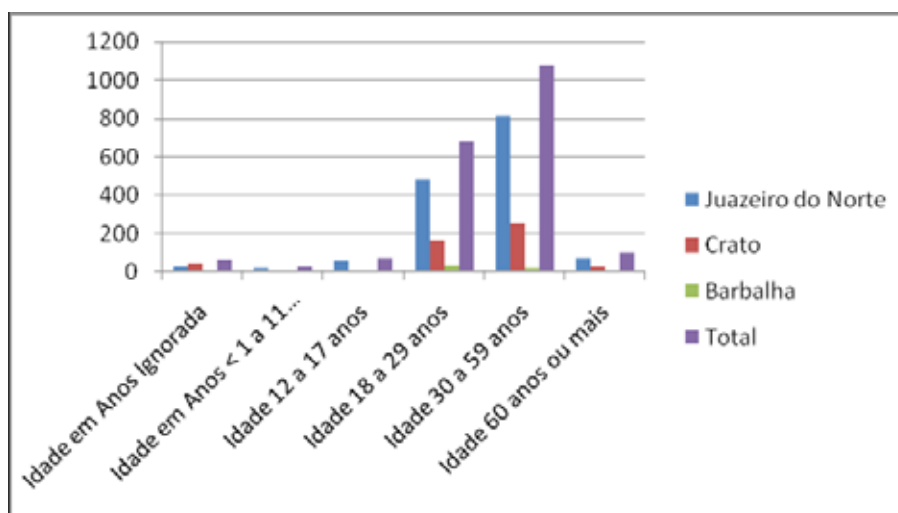
Quadro 06: Idade das vítimas. Crajubar, 2017.

Faixas etárias	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Idade em Anos Ignorada	23	43	00	66	3%
Idade em Anos < 1 a 11 anos	17	01	07	25	1%
Idade 12 a 17 anos	54	08	05	67	3%
Idade 18 a 29 anos	484	167	31	682	34%
Idade 30 a 59 anos	813	254	14	1081	54%
Idade 60 anos ou mais	69	26	04	99	5%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 03: Idade das vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Observa-se que a maioria das vítimas está na faixa etária de 30 a 59 anos, idade esta considerada como produtiva pelas mulheres. Assim, infere-se que há prejuízos da violência sofrida pelas mulheres em seu cotidiano de trabalho. De fato, torna-se difícil a separação do que essas mulheres vivenciam com seus companheiros, do cotidiano de trabalho, pois o ser humano leva consigo todas as suas experiências, satisfações, frustrações, alegrias e tristezas, que podem ser motivadores de determinados comportamentos diante de uma situação vivida (ECHEVERRIA, OLIVEIRA, ERTHAL, 2017). Infere-se que é complicado para uma

mulher que se encontra nessa situação trabalhar sem pensar nos seus problemas e o quanto eles podem afetar o rendimento laboral delas.

5.4) Raça/cor das mulheres que sofreram violência

Observa-se que 80% dos registros não dispunham da informação sobre raça/cor. Entre os registros com a informação encontrou-se 6% de raça/cor parda, 5% de raça/cor amarela, 5% de raça/cor preta e 4% de raça/cor branca, 3% raça/cor indígena.

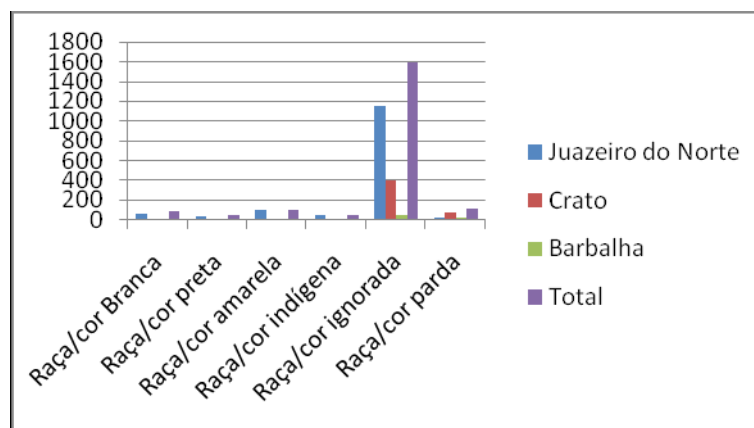
Quadro 07: Raça/cor das vítimas. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Raça/cor Branca	71	14	01	86	4%
Raça/cor preta	37	8	04	49	2%
Raça/cor amarela	110	00	00	110	5%
Raça/cor indígena	56	00	00	56	3%
Raça/cor ignorada	1155	400	42	1597	79%
Raça/cor parda	31	77	14	122	6%
Total	1460	499	61	2020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 04: Raça/cor das vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

³Valores percentuais arredondados.

A obtenção de informações quanto ao recorte racial e étnico torna-se uma ferramenta de extrema importância para se avaliar a sobreposição de violências a uma dada população. O racismo é um fenômeno ideológico que se manifesta de variadas formas e preconiza hierarquização de grupos, atribuindo a alguns deles valores e significados sociais negativos, que surgem para justificar um tratamento desigual. Concretamente, as sociedades foram estruturadas a partir da definição de lugares sociais para mulheres e para a população negra que não passam pelos espaços de poder e cidadania plena (ISP, 2015), o que eleva nesta população o risco de serem vítimas de violência.

De acordo com o Instituto de Segurança Pública (ISP, 2015), mulheres e meninas negras, jovens e de minorias étnicas sofrem violências de maneiras similares às outras mulheres. Isso inclui assédio e abuso na infância, violência sexual, tráfico e exploração, violência por parceiro íntimo, entre outras. Tais

diferenças em formas de violência que vão atingir desproporcionalmente as mulheres negras são resultados da combinação de múltiplas formas de discriminação, baseadas em sistemas de desigualdades que se retroalimentam, sobretudo de raça e etnia, dentro outros.

5.5) Situação conjugal das mulheres que sofreram violência

Observa-se que nesse quesito também existe um grande contingente de informação ignorada (32%). Dos registros no qual foi possível colher as informações relativas à situação conjugal das mulheres vítimas, obteve-se em maiores percentuais: casada e/ou união estável (28%), solteira (18%) e separada/divorciada (14%). O dado reforça que o homem de fato é o principal agressor, estando presente em 87% das ocorrências coletadas, seguida por 9% de mulheres e 4% em que essa informação foi ignorada nos registros coletados.

Quadro 08: Situação Conjugal das vítimas. 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Solteira	132	201	18	351	18%
Casada e/ou união estável	406	160	07	573	28%
Viúva	05	07	02	14	0,7%
Separada	353	28	04	385	19%
Não se aplica	34	08	06	48	2,3%
Ignorado	530	95	24	649	32%
Total	1.460	449	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Pelos dados apresentados, observa-se que a violência aponta o cônjuge como principal perpetrador da violência, o que reforça a percepção da dificuldade da mulher em romper situações de violência doméstica, especialmente quando têm filhos menores de idade. O homem agressor, em geral, é uma pessoa da convivência das mulheres em situação de violência, estando

dentro da própria casa e pertencente ao convívio intrafamiliar.

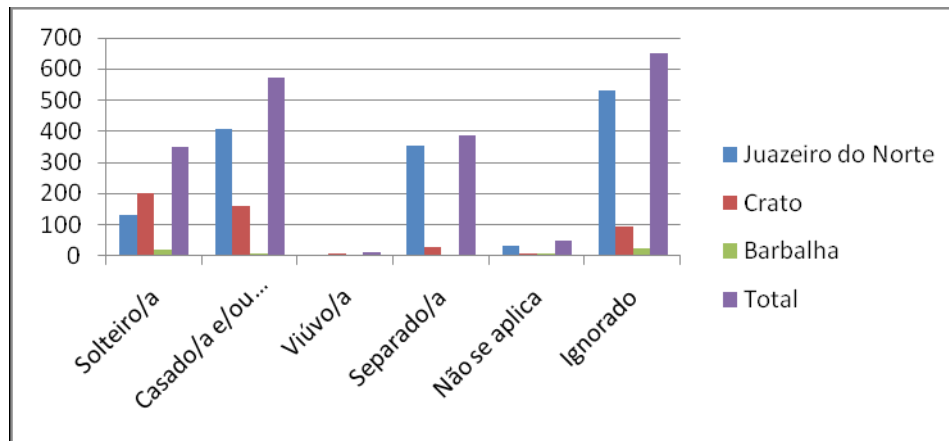
Isso confirma que a violência contra a mulher está muito associada à categoria de violência doméstica e conjugal, levando ao entendimento de um problema de caráter privado, que invisibiliza o fenômeno como problema social e de

³Valores percentuais arredondados.

saúde pública, principalmente diante a tentativa de rompimento pela mulher de um relacionamento abusivo, pode provocar a não aceitação da separação pelo cônjuge

e desencadear um ciclo contínuo de violências.

Gráfico 05: Situação Conjugal das vítimas. 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

um relacionamento abusivo, pode provocar a não aceitação da separação pelo cônjuge e desencadear um ciclo contínuo de violências.

5.6) Tempo de relacionamento das mulheres que sofreram violência com seus agressores

Conforme se observa no quadro 09, metade dos registros pesquisados não continha a informação sobre tempo de relacionamento das mulheres vítimas com seus agressores. Nos registros onde se encontrou essa informação, obtiveram-se acima de 48 meses o maior contingente (24%), e com menos de seis meses o menor contingente (3%). Tais dados confirmam a explicação sobre o ciclo da violência, no qual em relacionamentos abusivos, a repetição do ciclo de violência condiciona a mulher à Síndrome do Desamparo Aprendido, isto é, a mulher acredita que, não importa o que faça, é incapaz de controlar o que acontece consigo, e se torna desmotivada a reagir e, em alguns casos, completamente passiva (FEDELI et al., 2015).

Paulo, em 2017, é importante observar que é possível antecipar os sinais da violência, contribuindo assim para identificar as chances de uma relação se tornar violenta. O ciclo da violência começa com o comportamento controlador dos parceiros, que sob o pretexto de proteger ou oferecer segurança, a pessoa potencialmente violenta passa a monitorar os passos da vítima e a controlar suas decisões, seus atos e suas relações. Também se verificam esses sinais por meio de rápidos envolvimento amorosos, onde em pouco tempo a relação se torna tão intensa, tão insubstituível, que a futura vítima se sente culpada por tentar diminuir o ritmo no envolvimento. A pessoa violenta desenvolve expectativas irreais com relação à parceira; como a de preencher todas as necessidades dele, exigindo que a mulher seja perfeita como mãe, esposa, amante e amiga, acabando por colocá-la em posição de isolamento, criticando e acusando amigos e familiares, procurando impedir, das mais variadas formas, que ela circule livremente, trabalhe ou estude (FEDELI et al., 2017).

Segundo a Cartilha publicada pelo Ministério da Justiça e Judiciário de São

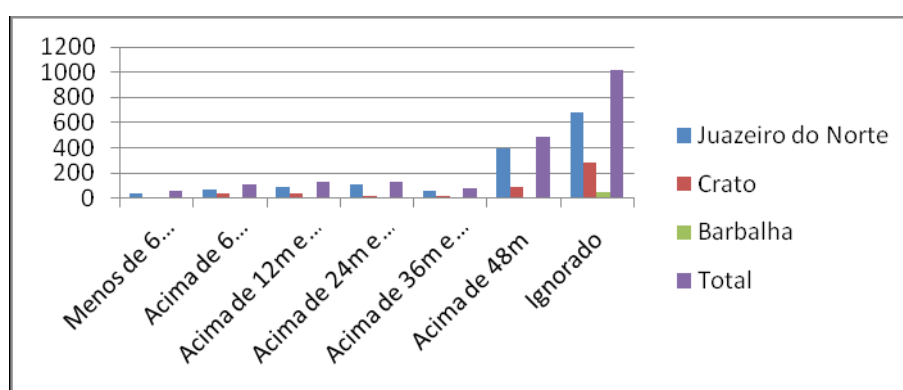
Quadro 09: Tempo de relacionamento das vítimas. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Menos de 6 meses	45	11	01	57	3%
Acima de 6 meses e < 12 m	74	41	00	115	6%
Acima de 12m e < 24 m	91	37	01	129	6%
Acima de 24m e < 36 m	114	19	00	133	7%
Acima de 36m e < 48 m	60	19	01	80	4%
Acima de 48m	395	88	08	491	24%
Ignorado	681	284	50	1.015	50%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 06: Tempo de relacionamento das vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

5.7) Faixa etária dos agressores

Observa-se que a maioria dos registros não conteve a informação sobre a faixa etária dos agressores com o percentual de 69%. Entre os registros pesquisados com

a informação, obteve-se 20% na faixa etária de 25 a 29 anos e o restante distribuído entre as demais faixas etárias.

Quadro 10: Tempo de relacionamento das vítimas. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentuais ³
0 a 9 anos criança	00	00	02	02	0,09%
10 a 19 anos adolescente	06	10	05	21	1%
20 a 24 anos jovem	16	69	08	93	5%
25 a 29 anos adulto	265	111	36	412	20%
Acima de 29 anos e < 60 anos	00	77	00	77	4%
60 ou mais anos idoso	06	08	03	17	1%
Ignorado	1.167	224	07	1.398	69%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

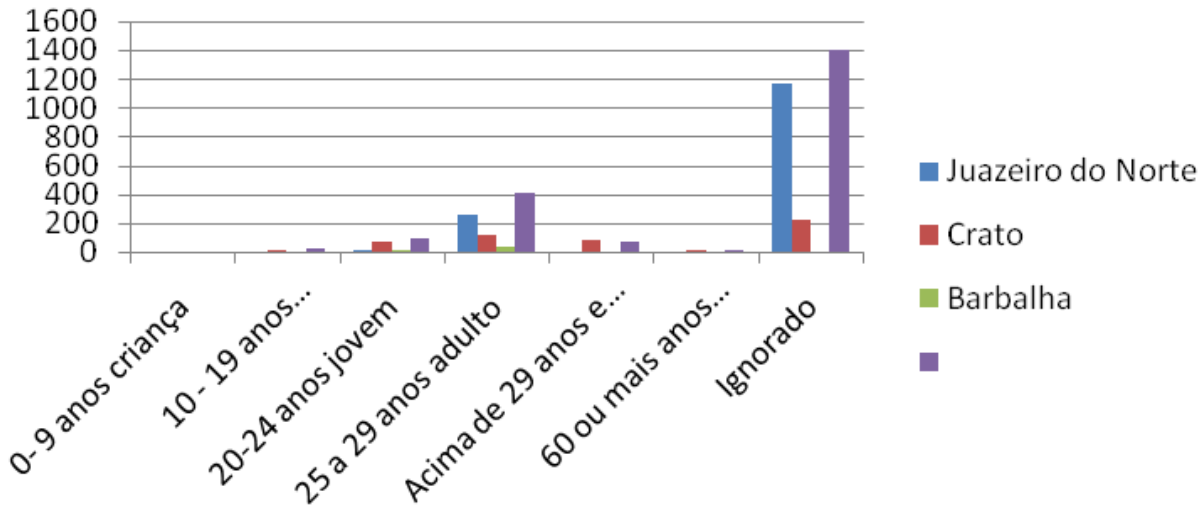
Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 agressores.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

³Valores percentuais arredondados.

A identificação da faixa etária dos agressores se faz de extrema importância para se conhecer o perfil daqueles que perpetram violência contra a mulher e para se estimar ações de enfrentamento a este tipo de violência, voltada para a realização de campanhas e ações educativas direcionadas a este público.

Gráfico 07: Faixa etária dos agressores. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

5.8) Vínculo dos agressores com as vítimas

Diferente da maioria das informações, esse dado foi encontrado na quase totalidade dos registros, com apenas 1% de ignorado. As duas categorias mais expressivas foram cônjuges e ex-cônjuges com 27% e 32%, respectivamente. Segundo relatório

da Comissão Parlamentar de Inquérito realizado em 2013, o parceiro (marido ou namorado), de fato, é o responsável por mais de 80% dos casos reportados de violência contra a mulher, com exceção das modalidades de violência sexual e de assédio (MORAES, 2013).

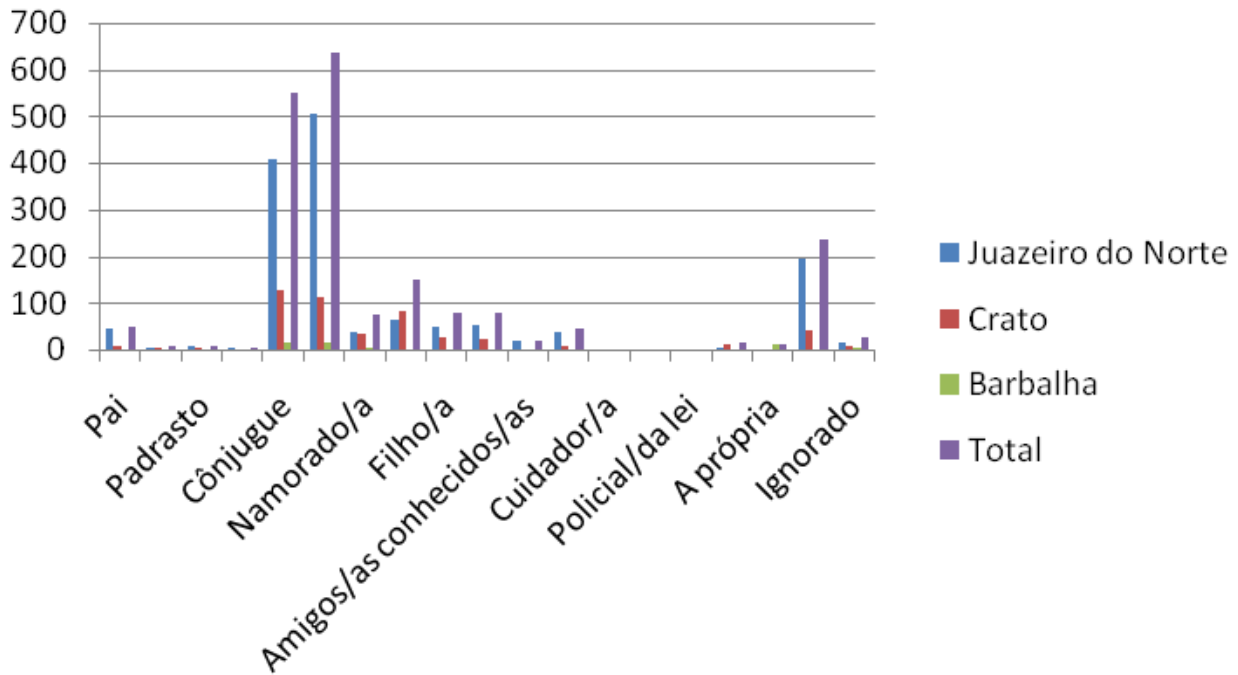
Quadro 11: Vínculo dos agressores com as vítimas. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Pai	45	07	00	52	2,5%
Mãe	06	03	00	09	0,4%
Padrasto	08	03	00	11	0,5%
Madrasta	06	00	00	06	0,3%
Cônjuge	409	127	16	552	27%
Ex-cônjuge	506	114	18	638	32%
Namorado(a)	38	33	06	77	4%
Ex-namorado(a)	66	85	00	151	7%
Filho(a)	50	28	02	80	4%
Irmão(ã)	54	25	02	81	4%
Amigos(as) conhecidos(as)	18	01	00	19	1%
Desconhecidos(as)	38	08	00	46	2%
Cuidador(a)	00	00	00	00	0%
Patrão/chefe	01	01	00	02	0,09%
Policial(da lei)	00	00	00	00	0%
Pessoa com relação institucional	04	12	00	16	1%
A própria	00	01	13	14	1%
Outros	195	42	00	237	12%
Ignorado	16	09	04	29	1,5%
Total	1.460	549	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 agressores.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 08: Vínculo dos agressores com as vítimas. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Ao analisar a relação do agressor com a vítima, foi possível perceber nos dados coletados, que eles predominantemente mantinham ou mantêm relação afetiva e/ou sexual com elas, sendo os cônjuges e ex-cônjuges os principais agressores. Em consonância com a literatura, esses dados reforçam o predomínio do companheiro como agressor. Nesse sentido, é relevante destacar que enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência praticada em espaços públicos, as mulheres, cotidianamente, sofrem com a violência dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes praticada por seus companheiros

e ex-companheiros (MADUREIRA et al., 2014).

5.9) Consumo de álcool pelos agressores

Embora se tenha observado uma taxa de 50% de ignorado em relação ao consumo de álcool pelos agressores, verificou-se que, entre os registros com a informação, 32% dos relatos das mulheres vitimizadas apontaram que os agressores haviam feito uso de álcool, contra 18% que informaram não fazer uso de álcool.

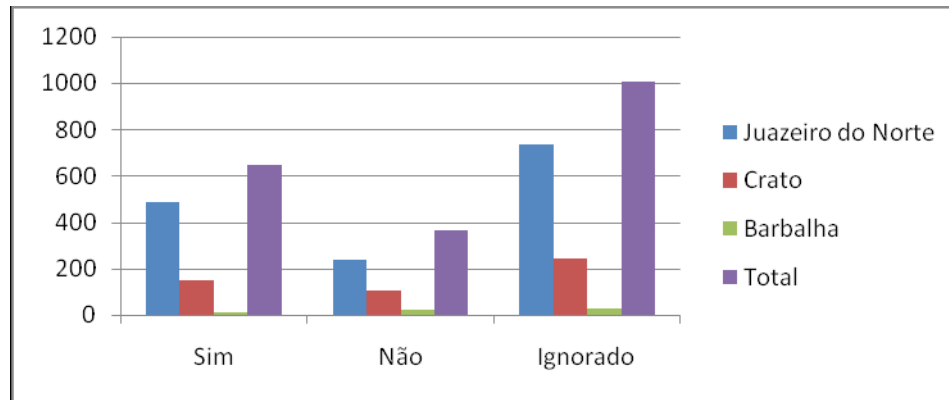
Quadro 12: Consumo de álcool pelos agressores, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Sim	485	152	11	648	32%
Não	239	105	21	365	18%
Ignorado	736	242	29	1.007	50%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

³Valores percentuais arredondados.

Gráfico 09: Consumo de álcool pelos agressores, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Analisando-se na literatura no que concerne à relação entre álcool e violência contra a mulher, encontrou-se um estudo realizado por Vieira (2014), com associações temporais entre o uso de álcool e a violência contra a mulher, mostrando que as taxas de agressões contra as mulheres foram 6,5 mais altas quando os homens bebiam exageradamente, em comparação com dias de consumo de álcool considerado socialmente aceitável. E ainda, que a situação de violência envolvia predominantemente o casal, embora com frequência, se estendesse a outros moradores da casa (VIEIRA, 2014).

Já Fonseca (2009) aponta, por meio do estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo em 7.939 domicílios de 108 cidades brasileiras, que a violência esteve presente em 35% das residências, sendo que destas, o abuso do álcool estava presente em 17,4% dos casos. O estudo

também revelou que a maioria absoluta dos agressores alcoolizados eram homens (90%) e 65% das vítimas eram mulheres; um quarto dos registros foi de violência física e 5% de agressões com armas; nos domicílios onde há álcool, a violência tende a ser mais duradoura; as agressões que se perpetuam por até cinco anos ocorrem três vezes mais nestes domicílios do que onde a bebida não está presente.

5.10) Zona de Ocorrência da violência

Observou-se que em 14% dos registros pesquisados a informação sobre zona de ocorrência da violência não esteve presente. No entanto, a ocorrência de violência se deu majoritariamente na zona urbana, com um percentual de 73% das informações coletadas; seguida de 11% na zona rural e 2% da zona periurbana.

Quadro 13: Zona de Ocorrência da violência. Crajubar, 2017.

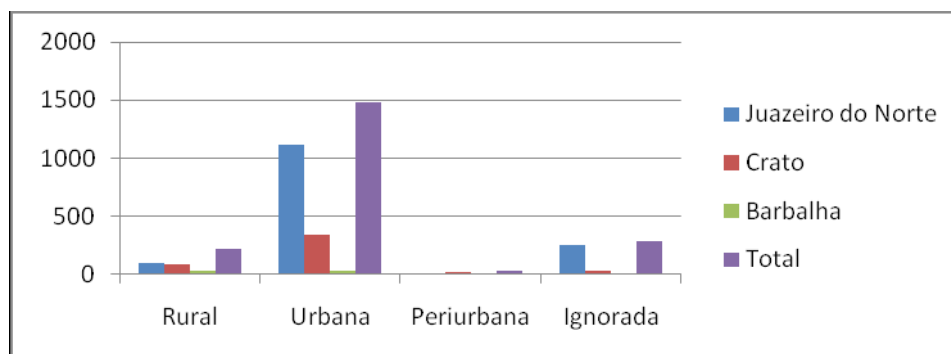
	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Rural	94	93	29	216	11%
Urbana	1.109	344	32	1.485	73%
Periurbana	7	24	0	31	2%
Ignorada	250	38	0	288	14%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 agressores.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

³Valores percentuais arredondados.

Gráfico 10: Zona de Ocorrência da violência. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

De acordo com Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE (2017), os municípios possuem, em extensão territorial, maiores áreas urbanas que rurais, o que justifica, em parte, o número mais elevado de ocorrências nestas áreas. Ainda, pode-se inferir que, além da maior concentração demográfica nas sedes dos municípios, existe uma ausência significativa de serviços de acolhimento às mulheres em situação de violência na zona rural, o que pode dificultar o acesso

das mesmas aos serviços de denúncia e/ou notificação.

5.11) Horário das ocorrências de violência contra a mulher

Observa-se, pelos dados apresentados, que o horário em que mais acontece a violência contra as mulheres é durante a noite (27%), sendo que o período noturno (noite e madrugada) aparece com 34% das ocorrências.

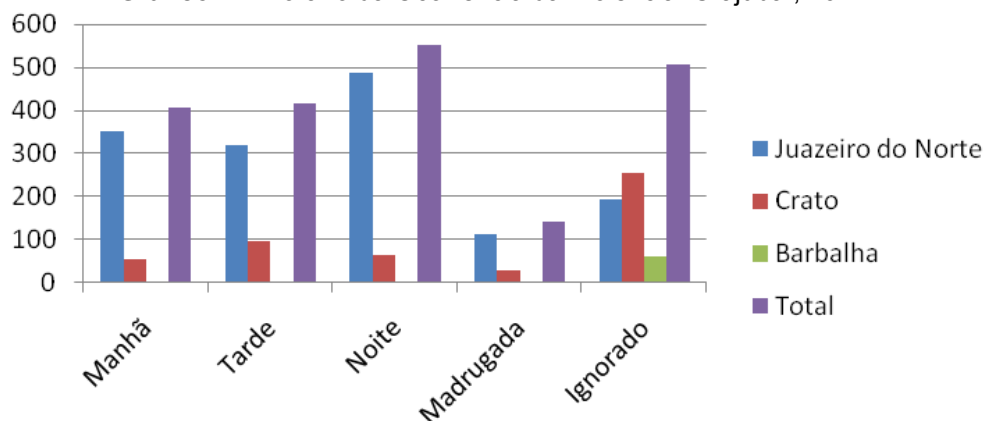
Quadro 14: Horário da Ocorrência da Violência. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Manhã	351	54	00	405	20%
Tarde	318	97	00	415	20%
Noite	486	65	00	551	27%
Madrugada	113	29	00	142	7%
Ignorado	192	254	61	507	25%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 agressores.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 11: Horário da Ocorrência da Violência. Crajubar, 2017.



Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 agressores.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Na maioria das cidades brasileiras, as delegacias de defesa da mulher não funcionam no período da noite e nem nos finais de semana. E esse período é justamente quando a violência contra a mulher é maior, visto que, como maior agressor, o homem se encontra em domicílio a maior parte do tempo no período noturno e nos finais de semana.

5.12) Local das ocorrências de violência contra a mulher

Observa-se, pelos dados apresentados, que o domicílio é o local em que mais as mulheres sofrem violência, com 70%, conforme Quadro 15 e Gráfico 12, apresentados a seguir.

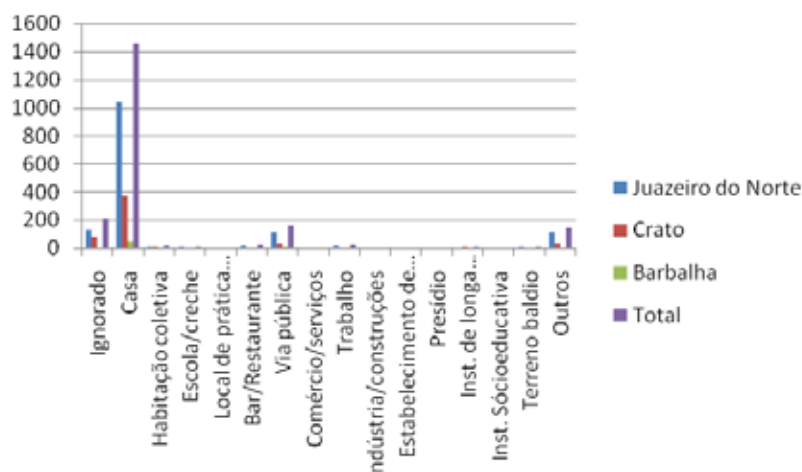
Quadro 15: Horário da Ocorrência da Violência. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Ignorado	129	79	00	208	10%
Casa	1.034	372	47	1.453	70%
Habitação coletiva	08	06	01	15	0,7%
Escola/creche	06	01	00	07	0,3%
Local de prática esportiva	01	00	00	01	0,04%
Bar/Restaurante	21	03	00	24	1,2%
Via pública	116	37	10	163	8%
Comércio/serviços	05	00	00	05	0,2%
Trabalho	20	05	03	28	1,4%
Indústria/construções	00	00	00	00	0%
Estabelecimento de Saúde	03	00	00	03	0,1%
Presídio	00	00	00	00	0%
Inst. de longa permanência	00	12	00	12	0,6%
Instituição Sócioeducativa	00	00	00	00	0%
Terreno baldio	07	00	00	07	0,3%
Outros	110	34	00	144	7%
Total	1.460	549	61	2.070	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2070 ocorrências de violência, visto que houve registro de violência sofrida em mais de um local pelas vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 12: Local da ocorrência da violência. Crajubar, 2017.



Os dados locais obtidos corroboram com dados presentes na literatura, a exemplo da pesquisa Violência e Assassinatos de Mulheres que revelou significativa preocupação com a violência doméstica: para 70% da população, a mulher sofre mais violência dentro de casa do que em espaços públicos no Brasil (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2013). E mais, conforme informações apresentadas anteriormente é nos lares que as vítimas convivem a maior parte do tempo com o agressor, geralmente

seu cônjuge, durante o período noturno e em finais de semana.

5.13) Episódios de violência aconteceram por mais de uma vez

Quando obtida informação sobre a periodicidade que a violência contra as mulheres acontecia antes da denúncia, observou-se que em 53% dos registros a informação foi ignorada, conforme abaixo.

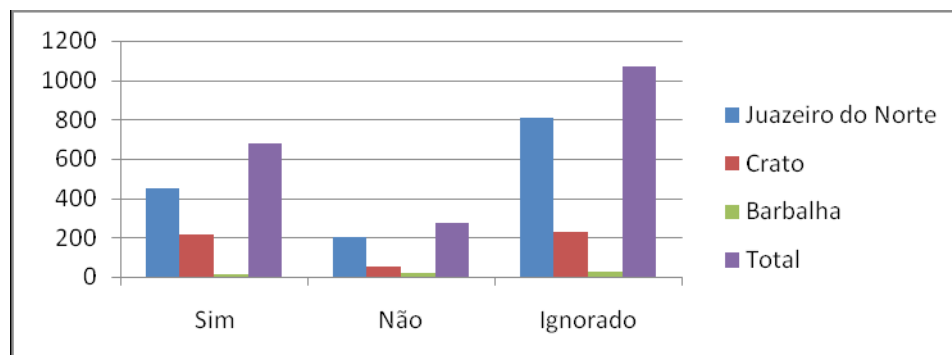
Quadro 16: Horário da Ocorrência da Violência. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Sim	449	215	13	677	33%
Não	201	53	22	276	14%
Ignorado	810	231	26	1.067	53%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.020 vítimas.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 13: Violência aconteceu por mais de uma vez. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

³Valores percentuais arredondados.

O conhecimento de tal informação se faz importante para se estimar o ciclo de violência e o tempo em que a mulher está inserida neste ciclo. Muitas mulheres que sofrem violência dentro de casa ficam amedrontadas, envergonhadas e, ao mesmo tempo, sentem-se responsáveis pela continuidade da família. Dado esta realidade, as mulheres vitimizadas encontram dificuldades para denunciar os seus agressores, em parte por receio de retaliação contra si e contra sua família, especialmente a prole. Além disso, o homem que agride, em seguida, pede desculpa, jura que nunca mais vai cometer ato semelhante; ela acredita e, na maioria das vezes, opta por dar mais uma chance, o que a torna vulnerável a mais agressões futuras.

Ainda, conhecer se a mulher vitimizada se insere em um ciclo de violência torna-se importante para avaliar o impacto da agressão em sua qualidade de vida. A violência doméstica contra a mulher afeta

direta e negativamente sua qualidade de vida em diversos aspectos, pois interfere na saúde física e psicológica da mulher, na sociedade e suas relações sociais. Este agravo, sutil ou declarado, produz marcas no corpo e na alma de quem o vivencia ao impactar de forma negativa em vários aspectos da vida da mulher vitimada, principalmente na saúde. Condições que afetam a saúde das pessoas, consequentemente, implicarão em repercussões negativas e prejuízos por toda a vida da mesma (LUCENA et al., 2016).

5.14) Tipo violência cometida contra as mulheres. Crajubar, 2017

De acordo com os dados obtidos, para algumas vítimas a violência perpetrada manifestou-se de variadas formas. No entanto, segundo seus relatos nos registros, sobressaíram as ameaças (36%), a violência psicológica e moral (27%) e as violências físicas (26%).

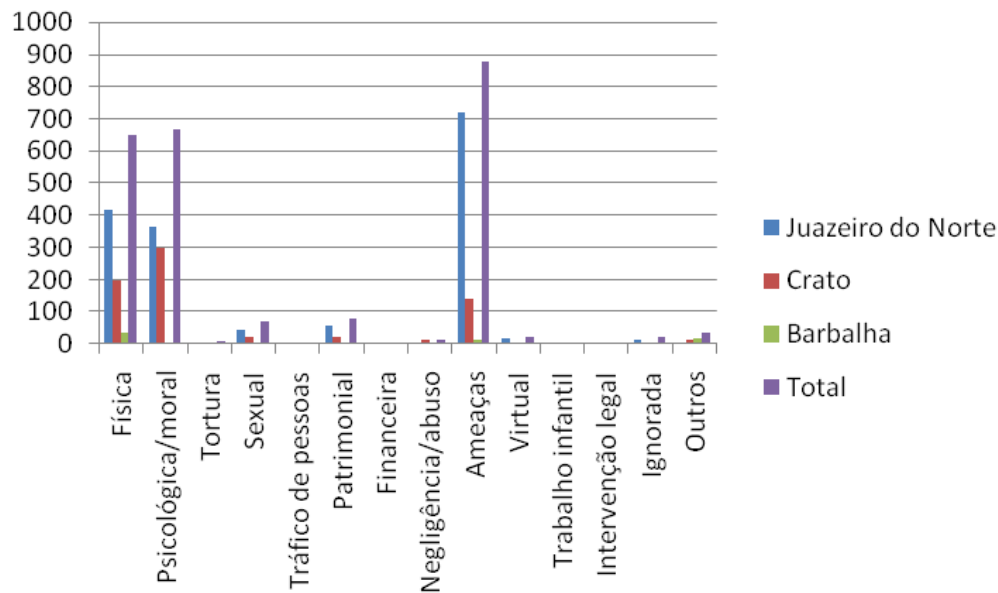
Quadro 17: Tipo de violência cometida contra as mulheres. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Física	417	197	35	649	26%
Psicológica/moral	363	299	06	668	27%
Tortura	04	04	00	08	0,3%
Sexual	44	25	00	69	3%
Tráfico de pessoas	00	00	00	00	0%
Patrimonial	56	24	0	80	3%
Financeira	01	00	00	01	0,04%
Negligência/abuso	3	13	00	16	0,6%
Ameaças	720	143	13	876	36%
Virtual	20	01	04	25	1%
Trabalho infantil	00	00	00	00	0%
Intervenção legal	00	01	00	01	0,04%
Ignorada	13	07	02	22	0,9%
Outros	06	12	18	36	1,4%
Total	1.647	726	78	2.451	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.451 manifestações de violência sofrida, visto que houve mais de um tipo de violência sofrida declarada.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 14: Tipo violência cometida contra as mulheres. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

A primeira forma de violência contra as mulheres, e a mais frequente, é a ameaça realizada de forma muitas vezes velada e dissimulada em nome do amor, do ciúme, de problemas no trabalho, de problemas com a família, da utilização de bebidas alcoólicas, etc. Em diversos estudos, pode-se ver que a ameaça é a porta de entrada para as outras formas de violência, visto que a violência não se resume ao uso da força física, mas também a qualquer “ameaça” de usá-la. Ou seja, a violência está diretamente relacionada à imposição do poder, quando obriga o outro a se submeter a sua vontade e/ou desejo através da força ou do medo.

Ainda, infere-se que as violências psicológicas/morais e as físicas tenham tido maior destaque nos registros obtidos e analisados devido, além de suas frequências serem elevadas, estarem tipificadas na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006).

Essa tipificação define as formas de violência contra a mulher como: I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano

emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, [...] ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos [...]; V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

5.15) Tipo de agressão física sofrida

Verifica-se, pelos dados obtidos, que as ameaças mais uma vez se encontram em primeiro lugar nos relatos das vítimas em suas denúncias, com um percentual de 55%, seguida pelas violências físicas através do uso da força e do espancamento (24%), conforme valores ao lado.

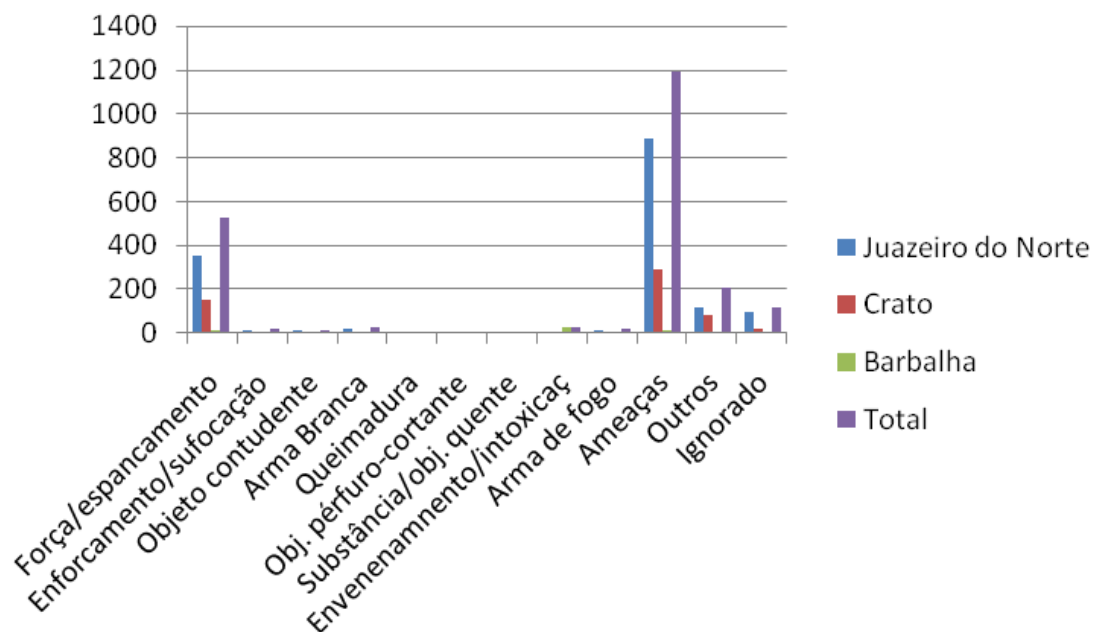
Quadro 17: Tipo de agressão sofrida pelas mulheres. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual ³
Força/espancamento	356	152	17	525	24%
Enforcamento/sufocação	15	04	03	22	1%
Objeto contundente	13	01	04	18	0,8%
Arma Branca	26	01	02	29	1,3%
Queimadura	02	00	00	02	0,09%
Objeto perfurocortante	04	06	01	11	0,5%
Substância/objeto quente	00	00	02	02	0,09%
Envenenamento/intoxicação	00	02	27	29	1,3%
Arma de fogo	19	01	01	21	0,9%
Ameaças	886	292	17	1.195	55%
Outros	122	84	03	209	9,5%
Ignorado	97	23	01	121	5,5%
Total	1.540	566	78	2.184	100%

Obs.: Cálculo realizado tendo como referência o valor de 2.184 manifestações de agressão sofrida, visto que houve mais de um tipo de agressão sofrida declarada.

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 15: Tipo violência cometida contra as mulheres. Crajubar, 2017



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Além das ameaças, conforme já discutido anteriormente, cabe destacar a forma violenta e agressiva com que mulheres são violentadas, a exemplo dos espancamentos. Os dados locais corroboram com outros estudos, que apontam como manifestações da violência física contras as mulheres as pancadas, os chutes, os beliscões, as mordidas, o lançamento de objetos, os empurrões, as bofetadas, as surras, as lesões com arma branca, os arranhões, os socos na cabeça, as feridas, as queimaduras, as fraturas, entre outros (CASTRO, 2011). Ainda de acordo com o mesmo autor, de acordo pesquisas realizadas pela Sociedade Mundial de Vitimologia em 1998, mais de 40% das agressões decorrentes de socos,

tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos resultam em lesões corporais graves.

5.16) Número dos agressores envolvidos

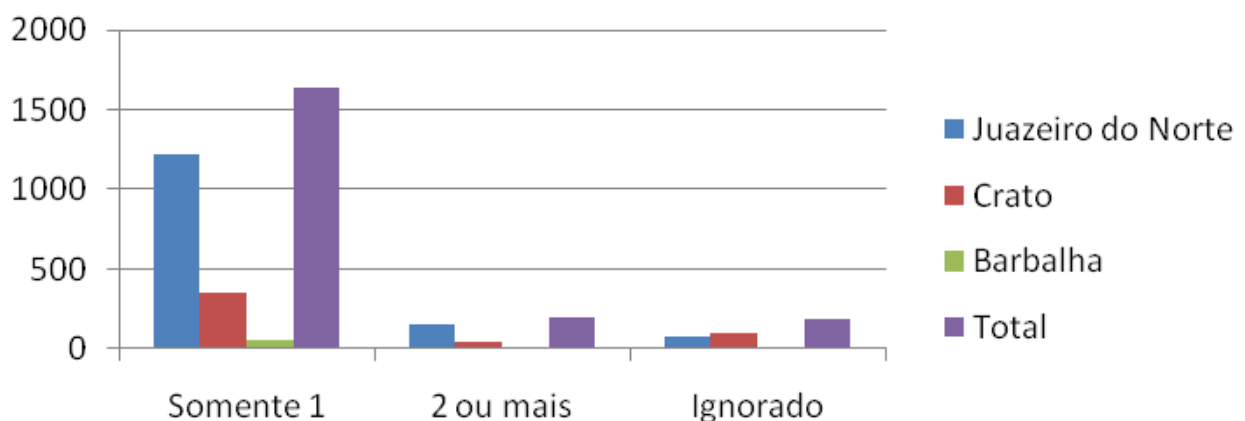
Neste quesito, observa-se que na maioria dos casos (81%) existe um único agressor envolvido na ocorrência, corroborando com os dados acima apresentados, em que esse agressor figura como homem com vínculo afetivo/sexual com a vítima. Em segundo lugar, têm-se dois agressores (10%) e em terceiro lugar, com 9%, a não existência desta informação, que surge como ignorada.

Quadro 18: Número dos agressores envolvidos. Crajubar, 2017.

	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total	Percentual
Somente 1	1.225	355	59	1.639	81%
2 ou mais	153	40	0	193	10%
Ignorado	82	104	2	188	9%
Total	1.460	499	61	2.020	100%

FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Gráfico 16: Número dos agressores envolvidos. Crajubar, 2017.



FONTE: Observatório da Violência no Cariri, 2017.

Os dados reforçam ainda mais as perspectivas de outros estudos, em que na sua maioria, o agressor é somente

um, predominando os companheiros ou ex-companheiros e indivíduos do sexo masculino.

6) Considerações Finais

A violência contra a mulher é passível de prevenção e necessita ser enfrentada pela sociedade. Infere-se que a sua superação implica a eliminação das condições desiguais da mulher em seu cotidiano. Entretanto para que esta condição seja alcançada, a elaboração e efetivação das políticas públicas têm um papel fundamental, de forma a incluir todos os setores da sociedade.

É fato a necessidade de maiores pesquisas sobre o perfil de mulheres vitimizadas, para subsidiar a elaboração e a avaliação dessas políticas, visando ao seu constante aprimoramento. O presente monitoramento realizado pelo Observatório da Violência contribui no sentido de diagnosticar o perfil das mulheres que sofrem violência no interior do Cariri para, a partir deste levantamento, subsidiar políticas públicas locais direcionadas ao enfrentamento efetivo desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.A. Violência contra a mulher: desafios para o enfrentamento pelo setor saúde. **Revista E-Ciência**. Volume 6, Número 1, agosto de 2018.

ARRILLO, E.A. **Aspectos clínicos y médico-legales de la violencia de género**. In: FARIÑA, Francisca, ARCE Ramón, BUELA-CASAL Gualberto (eds.). *Violencia de género: tratado psicológico y legal*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2015, p. 170.

BRASIL. **Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.sg.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/05/>. Acesso: 10 out 2018.

BRASIL. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra

a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. **LIGUE 180. Balança 1º Semestre de 2016**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Ministério da Justiça e Cidadania. 2016. Disponível em: http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf. Acesso: 13 out 2018.

CASTRO, T.L. **Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: registros do departamento médico legal de vitória (es), entre 2004 e 2008**. Dissertação. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas. 2011. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/290756/1/Castro_TalitaLimade_M.pdf. Acesso: 13 out 2018.

ECHVERRIA, J.G.M.; OLIVEIRA, M.H.B.; ERTHAL, M.R.C. Violência doméstica e trabalho: percepções de mulheres assistidas em um Centro de Atendimento à Mulher. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 13-24, jun, 2017.

FONSECA, A.M.; GALDUROZ, J.C.F.; TONDOWSKI, C.S.; NOTO, A.N. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.43, n.5, pp.743-749. 2009.

FEDELI, C.C. et al. **Cartilha: Mulher vire a página**. Ministério da Justiça. Judiciário. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2015.

GARBIN, C.A.S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**. Temas Livres, 20 (6), Jun. 2015. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Acesso: 10 out 2018.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO.
Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres. 2013. Disponível em: https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/wp-content/uploads/2015/07/DATAPOPULAR_IPG_violenciaeassassinatos2013.pdf. Acesso: 13 out 2018.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA - ISP. Organização: Andréia Soares Pinto, Orlinda Cláudia R. de Moraes, Joana Monteiro. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2015.

LUCENA, K.D.T. et al. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J. Hum. Growth Dev.** v. 26, n. 2, São Paulo, 2016.

MADUREIRA, A.B. et al. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v. 18, n. 4, out-dez 2014.

MORAES, J. - Deputada Federal, OTA, K. - Deputada Federal, RITA, A.- Senadora.
Comissão Parlamentar de Inquérito. RELATÓRIO FINAL. Brasília, Junho de 2013.

NOTO, A.R. **O uso das drogas psicotrópicas no Brasil:** últimas décadas e tendências. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n.1, p. 5-9, 1999.

UNICEF. **Um rosto familiar:** A violência na vida de crianças e adolescentes. 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/EVAC_SummaryBrochure_Portugues_Final.pdf. Acesso: 13 out 2018.

VIEIRA, L.B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p.366-72, mai-jun, 2014.

TERCEIRO CAPÍTULO

A Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres no Ceará

Gabriela Freitas da Silva, Camila da Silva Silveira e Luana Alcantara Fialho

As Conferências Nacionais de Políticas Públicas Para as Mulheres acontecidas em 2004, 2007, 2011 e 2016, respectivamente, foram espaços construídos entre movimento social e poder público para elaboração de políticas públicas com recorte de gênero e, nesses espaços, muito foi debatido sobre a necessidade da existência de ações específicas para combater e exterminar a violência contra a mulher. A partir dessas conferências foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Este plano possui como um de seus capítulos o enfrentamento à violência contra a mulher que, por sua vez, define como objetivo a criação de uma Política Nacional. A questão do enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher foi mantida como um eixo temático na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em agosto de 2007 e no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, lançado em 2008 (BRASIL, 2013).

No mesmo ano foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, um acordo federativo entre o Governo Federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional. Em 2008, o Estado do Ceará adere ao Pacto pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, consolidando compromissos com o enfrentamento da violência contra as mulheres no Estado. Em 2013, assinou

o Termo de Adesão ao Programa “Mulher: Viver sem Violência” que efetivou ações de fortalecimento do Pacto Nacional, inclusive a implementação da Casa da Mulher Brasileira.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres tem quatro eixos como norteadores de suas ações: Prevenção (relacionado a ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas), Enfrentamento e Combate (ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha), Acesso e Garantia de Direitos (Cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para as mulheres) e Assistência (Fortalecimento da Rede de Atendimento e capacitação de agentes públicos). A atuação em rede é pressuposto fundamental para a consolidação das ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres. O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres significa a atuação articulada entre as instituições e serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, tendo como objetivo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de políticas que garantam “o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2011). Sendo assim, a rede de enfrentamento tem por objetivo efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos.

Para contemplar esses propósitos, a rede de enfrentamento é composta por agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, como, por exemplo: organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimentos sociais e de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.

São serviços/programas que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência voltados para a responsabilização dos agressores, tais como universidades, órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.

A rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam a ampliação e a melhoria da qualidade do atendimento, a identificação e o encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência, bem como a integralidade e a humanização do atendimento (BRASIL, 2011). Portanto, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e contempla o eixo da “assistência” no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

Atualmente, o Estado do Ceará tem uma rede de enfrentamento ampla com Núcleos Especializados na Defensoria Pública e Ministério Público, Delegacias de Defesa da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Conselhos

Municipais dos Direitos da Mulher, Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, núcleos de pesquisas e acolhimentos às mulheres em situação de violência em algumas Universidades, o movimento de mulheres organizado e, recentemente, a Casa da Mulher Brasileira – Ceará.

Outro equipamento relevante para o atendimento das mulheres são as Unidades Móveis para Atendimento às Mulheres em Situação de Violência do Campo, da Floresta e das Águas. As unidades móveis são ônibus especialmente adaptados que levam serviços especializados da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência nas localidades mais afastadas. Esses serviços incluem prevenção, assistência, apuração, investigação e enquadramento legal das situações de violência. Além disso, as unidades também têm função educativa, com a promoção de palestras e esclarecimentos sobre a Lei Maria da Penha e sua aplicação. Os ônibus são fruto de um convênio estabelecido com o Governo Federal em 2013. A gestão da agenda dessas unidades é compartilhada no Fórum Estadual de Enfrentamento à Violência contra Mulher do Campo, da Floresta e das Águas e também via solicitações dos municípios.

As unidades móveis estão em funcionamento desde 2015 no Ceará e, até setembro de 2018, 5.115 mulheres foram atendidas individualmente e/ou participaram das rodas de conversa e atividades promovidas pela parceria da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres com os municípios. Essas ações já aconteceram na Região do Cariri, Vale do Jaguaribe, Sertão de Canindé, Grande Fortaleza, Serra da Ibiapaba, Sertão de Cratêus, Litoral Leste, Sertão de Sobral e Sertão Central. Esses equipamentos são fundamentais para descentralizarmos

o acesso aos direitos e assistência às mulheres em situação de violência, adequando a assistência à realidade dos interiores cearenses. Desenvolveu-se um importante trabalho nesse sentido, mas ainda é necessário ampliar os municípios alcançados, garantindo atendimento em todas as regiões do Estado e acompanhar os encaminhamentos na rede de todos os casos que recebemos nessas agendas.

Além dessas ações, duas portarias ampliando o atendimento das Delegacias de Defesa da Mulher no Ceará garantiram que as mulheres vítimas de violência sexual e as mulheres trans e travestis sejam atendidas nessas delegacias especializadas. A Portaria GDGPC nº 231/2017 - que amplia o atendimento especializado nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM'S), no Estado do Ceará, às mulheres vítimas de violência sexual, independentemente do sujeito ativo do delito - justifica a violência sexual como um grave problema de saúde pública e considera a necessidade de adequar e aperfeiçoar o atendimento à mulher vítima da violência sexual, com objetivo de garantir a efetivação do direito a um atendimento humanizado e especializado à mulher, buscando minimizar as consequências da violência sofrida. A Portaria GDGPC nº 30/2017 - que amplia o atendimento especializado às mulheres transexuais e travestis em situação de violência doméstica e familiar nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM'S) do Estado do Ceará - considera que o elemento diferenciador da Lei Maria da Penha é o gênero, tendo em vista que o sexo biológico e a identidade subjetiva nem sempre coincidem. Sendo assim, corrobora para a defesa do atendimento diferenciado e qualificado dessas mulheres em situação de violência.

Portanto, são grandes os desafios da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres no Estado do Ceará. Segundo

dados do Mapa da Violência de 2015, o Ceará está em oitavo lugar entre os estados mais violentos do Brasil. Ainda, os elevados índices de violência contra a mulher mostram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para romper com a cultura machista que pressupõe uma “supremacia” do homem sobre a mulher. Osterne (2011), nessa perspectiva, afirma que o machismo é a tendência à naturalização dos privilégios masculinos e à subordinação das mulheres, numa formulação social de dimensão cultural da sociabilidade brasileira. A manutenção dos equipamentos que estão nessa rede, o trabalho articulado, os fluxos de atendimento/ encaminhamento, a ampliação de todos os serviços especializados, a garantia de equipes capacitadas e atendimentos humanizados e o fortalecimento dos serviços que visam à autonomia econômica das mulheres também fazem parte dos desafios a serem encarados na gestão voltada às políticas para o enfrentamento à violência contra as mulheres de maneira a as auxiliarem no processo de ruptura com o ciclo da violência.

No contexto nacional, vivenciamos os cortes no investimento nas políticas de enfrentamento à violência contra a mulher e a redução do organismo de gestão das políticas públicas. Essa realidade impacta nas possibilidades estaduais, reduzindo as alternativas de arrecadação para execução de projetos, por exemplo. Portanto, desde 2016 até os dias atuais, lidamos com um período de crise econômica, política - e, também hídrica, especificamente no Ceará - que desafia e prejudica a garantia de funcionamento dos serviços. O compromisso com as políticas públicas para as mulheres foi o determinante para os investimentos estaduais que viabilizaram a implementação dos serviços da Casa da Mulher Brasileira – Ceará. Equipamento este que reúne todos os serviços da rede em um único local, garantindo atendimento qualificado para as

mulheres em situação de violência.

Casa da Mulher Brasileira - Ceará

O “Programa Mulher, Viver sem Violência” foi elaborado pelo Governo Federal, na Gestão da Presidenta Dilma Rousseff, e foi lançado em 2013. O projeto prevê seis estratégias de ação: Criação da Casa da Mulher Brasileira (CMB); Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Criação dos Centros de Atendimento às Mulheres nas Fronteiras Secas; Organização e Humanização do Atendimento às vítimas de violência sexual; Implantação das Unidades Móveis de Atendimento às Mulheres do Campo e da Floresta (Rodoviárias e Fluviais) e Realização de Campanhas Continuadas de Conscientização. A partir da adesão ao Programa, o Estado do Ceará ficou apto a receber o equipamento “Casa da Mulher Brasileira”.

A Casa da Mulher Brasileira é um espaço de acolhimento e atendimento humanizado e tem por objetivo geral prestar assistência integral e humanizada às mulheres em situação de violência, facilitando o acesso destas aos serviços especializados e garantindo condições para o enfrentamento da violência, o empoderamento e a autonomia econômica das usuárias. A CMB constitui um serviço da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres que atua em parceria com os serviços especializados da rede de atendimento, tais como: Delegacia de Defesa da Mulher/Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Casa-Abrigo, Defensoria Especializada, Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Promotoria Especializada. Além disso, a CMB desenvolve parcerias com a rede socioassistencial, rede de saúde, órgãos de medicina legal, entre outros.

Entre os objetivos da Casa, o atendimento humanizado com escuta qualificada e privacidade propicia um ambiente de confiança e respeito às mulheres, de maneira a evitar a revitimização das mulheres em situação de violência. Além disso, o incentivo a formação e a capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, a garantia ao acesso à justiça às mulheres em situação de violência e a inserção delas nos Programas Sociais nas três esferas de governo são formas de fomentar a independência e a autonomia econômica e financeira dessas mulheres, juntamente com viabilização do acesso a seus direitos. Ainda, o serviço de abrigo temporário (até 48h) disponibilizado pela CMB para as mulheres em situação de violência doméstica sob risco de morte também oferece, quando necessário, o encaminhamento e o transporte à rede de serviços externos de referência, fomentando a sua independência, autonomia e garantia de seus direitos.

Para cumprir tais propostas, a CMB reúne diversos serviços da rede em sua estrutura: Delegacia de Defesa da Mulher de Fortaleza, Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Fortaleza e Centro Estadual de Referência da Mulher. Direcionados ao acolhimento dessas mulheres, há o Apoio Psicossocial, o Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher da Defensoria Pública, o Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, o Núcleo Estadual de Gênero Pró-Mulher do Ministério Público e o Autonomia Econômica que, por sua vez, está vinculado à Secretaria Estadual de Trabalho e Desenvolvimento Social. Além disso, dispõe de serviços da Recepção, Brinquedoteca e Administração já em funcionamento e a Central de Transportes e o Alojamento de Passagem em fase de implementação.

Os serviços da CMB foram implementados em 23 de junho de 2018 e até o dia 11 de outubro do corrente ano já registrou 3.652 atendimentos de mulheres em situação de violência, o que garantiu uma média de 36,5 atendimentos ao dia. Também, durante o mesmo período, esse novo equipamento recebeu 542 visitantes da própria rede de enfrentamento e de outros espaços, com o intuito de conhecer esse novo espaço de acolhimento e libertação das mulheres em situação de violência.

Esses dados, juntamente com as informações contempladas acima, denunciam a quantidade alarmante de casos de violência contra a mulher e evidenciam a importância da manutenção da rede de apoio a essas pessoas. O enfrentamento da violência contra a mulher é, portanto, uma questão de saúde pública, de educação, de justiça e segurança social. Dessa maneira, só é possível construir uma rede de apoio eficaz quando feita em conjunto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Programa Mulher, Viver sem Violência**: Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento. Brasília, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2013.

CEARÁ. GABINETE DO DELEGADO GERAL DA POLICIA CIVIL. **Portaria GDGPC nº 30, de 10 de março de 2017**. Amplia o Atendimento Especializado nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM'S), no Estado do Ceará, às Mulheres Travestis e Transexuais em situação de violência doméstica e familiar, prevista na Lei 11.340/2006.

CEARÁ. GABINETE DO DELEGADO

GERAL DA POLICIA CIVIL. **Portaria GDGPC nº 231, de 16 de outubro de 2017**. Amplia o Atendimento Especializado nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM'S), no Estado do Ceará, às Mulheres vítimas de violência sexual, independentemente do sujeito ativo do delito. Diário Oficial do Estado do Ceará, 2017.

OSTERNE, M.S.F. A violência contra a mulher na dimensão cultural da prevalência do masculino. **O público e o privado**. N. 18, jul – dez, 2011.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: 1.ed. FLACSO, 2015. Disponível em: <www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso: 02 abr 2018.

QUARTO CAPÍTULO

Análise das causas externas no Ceará

Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo, Lígia Lucena Gonçalves Medina, Olga Maria de Alencar e
Patrícia Amanda Pereira Vieira

Violência: um fenômeno sócio-histórico

A violência é um problema global que impacta social, econômica e psicologicamente milhões de pessoas em todo mundo, sendo um fenômeno multicausal onde todas as pessoas estão envolvidas. Algumas pesquisas relatam maior prevalência desse problema em homens jovens, porém, por se tratar de uma questão que afeta a Saúde Pública e que se associa fortemente às desigualdades sociais, seu entendimento percorre as relações sociais, culturais, comportamentais, raciais, idade e de gênero (SOUTO et al., 2017). Neste sentido, todo e qualquer ato de violência é traduzido no campo da saúde pública como causa externa.

As causas externas constituem um conjunto de formas de violência e acidentes, as quais vêm se destacando desde a década de 1980 devido sua morbimortalidade em nível mundial e nacional, com ênfase nas áreas urbanas, em que as principais vítimas são os homens jovens (BRASIL, 2015). Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), a morbimortalidade de tais eventos deve-se ao conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde, demandando atendimento nos serviços de saúde. Soma-se a este grupo, aqueles eventos que não necessariamente chegam aos serviços de saúde, porém são de conhecimento de outros setores, como delegacias de polícia, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde – SUS, dentre outros.

No escopo das Causas Externas, destaca-

se a violência e os acidentes de trânsito, que configuram no Brasil um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, provocando significativo impacto na morbidade e na mortalidade da população. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz o entendimento de acidente como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico, do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes ou de lazer. Essa política traz ainda que a violência e os acidentes designam:

... um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas (BRASIL, 2001).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser definida como o uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo/comunidade, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (WHO, 2002). Essa definição é bem abrangente e engloba violência interpessoal, comportamento suicida, conflito armado, atos físicos, ameaças e intimidações. Além de morte e

ferimentos, a definição também inclui as inúmeras e, frequentemente, consequências menos óbvias do comportamento violento, tais como danos psicológicos, privação e mau desenvolvimento que comprometem o bem estar de indivíduos, famílias e comunidades.

No cenário mundial, observa-se que, em 2017, das 50 cidades que constam no ranking do panorama da Violência, 17 estão no Brasil, 12 no México e 5 na Venezuela, numa clara evidência do quão violento é o cenário na América Latina. E mais, as 09 capitais do Nordeste brasileiro encontram-se dentre estas 50 cidades, e a capital cearense ocupa a 7ª posição (SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ, 2018).

Impacto social da violência contra as mulheres: desafios da contemporaneidade

A literatura tem chamado especial atenção para o comportamento mais agressivo e arriscado dos homens, o que pode explicar a maior ocorrência de mortes por causas externas em comparação às mulheres. Entretanto, se levantarmos as considerações sobre violência simbólica tratada por Bourdieu, mulheres podem ser alvo da dominação masculina mesmo não sendo reconhecidas como vítima de violência (MOURA et al., 2015).

As tendências observadas na edição 2018 do Anuário Brasileiro da Segurança Pública, referente ao período de 2014 a 2017, demonstram crescimento no número de mortes de mulheres, incluindo feminicídios, crimes motivados pela vítima ser do sexo feminino. Em 2017, pelo menos 4.539 mulheres foram mortas, número superior ao registrado em 2016 (4.245), apontando crescimento de 6,1%. Os feminicídios, todavia, aumentaram 24,8%, saindo de 929 para 1.133, no mesmo período (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018).

Ao trazemos a discussão para a realidade das mulheres, a influência das causas externas para a ocorrência da violência de gênero e a provável morbimortalidade de suas vítimas são discutidas em muitos países por entenderem que as agressões de caráter físico, psicológico, sexual e patrimonial podem culminar na morte da mulher, por suicídio ou homicídio (VIEIRA et al., 2014).

No estudo realizado por Vieira et al. (2014), para verificação do óbito por causas externas conforme classificação do CID 10, em mulheres em idade fértil, no período de 2006 a 2013, no município de Sobral – CE, verificou-se que os acidentes e as agressões constituem-se os primeiros grupos de causas de mortes, totalizando 56,8% dos óbitos causados por acidentes de transporte, seguidos 24,0% por agressões. Enquanto que, no Brasil (2006), os homicídios constituíram-se o grupo mais representativo (39,2%), assim como no Nordeste.

Quando ainda exploramos os óbitos por causas externas em mulheres em idade fértil, a mortalidade materna trata um outro aspecto que devemos salientar dada a sua importância como indicador da qualidade de atendimento à saúde da mulher e das realidades sociais do país. Ela tem relação próxima com determinantes socioculturais e biológicos, principalmente quando retratada a relação das desigualdades de gênero.

O que nos faz refletir sobre esse aspecto é que as mortes maternas só tomam por base as causas como diretas e indiretas. Portanto, os óbitos por causas externas durante o período gravídico puerperal são excluídos da construção do indicador de mortalidade materna, não levando em consideração a relação da gravidez e puerpério a óbitos por lesões externas. Certamente a complexidade que envolve a natureza desses acidentes relacionado à morte materna envolve um certo grau de imprecisão que dificulta a investigação desses óbitos quando

tentamos correlacionar a natureza exata de acidentes e eventos violentos com a morte materna, tornando imprecisa a sua classificação (NASCIMENTO et al., 2018).

Nessa comparação, em um estudo de Nascimento et al. (2018), realizado em Pernambuco entre os anos de 2006 a 2014, foram estudados 169 óbitos, dos quais 108 (63,9%) eram do grupo de gestantes e 61 (36,1%) do grupo de puérperas, demonstrando que, ainda assim, os maiores percentuais de óbito foram por homicídio, ambos durante a gravidez (34,9%) e puerpério (23,1%).

Nesse mesmo estudo, somente 60,9% das mulheres não receberam atendimento médico no momento da morte, principalmente em casos de homicídio, dos quais 39 (23,1%) eram gestantes e 32 (18,9%) eram puérperas. Além disso, quando classificadas as principais causas básicas de morte por causas externas, o estudo demonstrou que, em gestantes, os acidentes de trânsito (64,0%) e os ferimentos por arma de fogo (33,7%) foram as principais causas de morte; já em puérperas, as principais causas de óbito foram ferimentos por arma de fogo (22,4%) e lesão causada por objeto cortante, penetrante ou contundente (11,2%).

Outro estudo apresenta o homicídio como uma das principais formas de morte entre mulheres de forma geral (SILVA et al., 2013), sendo que o mesmo é classificado como violência por causa externa, tomando a importância de ressaltar que crimes praticados contra as mulheres “violência doméstica”, ou “violência de gênero” são termos praticados para caracterizar um fenômeno criminal que envolve a submissão de mulheres, apenas por ela ser do sexo feminino, perante um homem, que geralmente é uma pessoa próxima à vítima. Por se tratar de um evento complexo, ele envolve elementos culturais, aceitação social e outras características que dificultam a identificação e erradicação de tais práticas (COUTO et al., 2018).

Na perspectiva de compreensão de

que forma as mulheres estão se contrapondo a tratamentos violentos e indignos que eram justificados por uma concepção de objetificação da mulher (CASSOL; SILVA; DINARTE, 2018), temos a divisão da representação social da violência contra mulheres que estão em grupos urbanos e em grupos rurais, uma vez que a educação, cultura e meio social em que vivem dão conotação à forma como reagirão a diversos aspectos de violência.

A compreensão do papel da mulher na sociedade patriarcal ultrapassa as fronteiras da serventia trazendo o empoderamento que automaticamente provoca uma atitude de posicionamento perante o agressor, assim sendo, em se tratando do cenário rural, a violência contra a mulher se torna ainda mais grave, seja devido ao histórico singular de desconhecimento dos seus direitos, anonimato, subordinação e isolamento geográfico dessas mulheres, seja devido à dificuldade de acesso aos serviços de apoio (COSTA; LOPES, 2012).

Isto posto, existem diferentes formas de violência que as mulheres rurais vivenciam. Desde a violência física, psicológica, moral, sexual e de sobrecarga do trabalho com privação de liberdade por parte do companheiro, dado a isso a suscetibilidade destas à violência doméstica, especialmente pela pobreza, pela cultura patriarcal e por papéis delimitados de gênero que ainda são perpetuados (ARBOIT et al., 2018).

Em outra direção, ainda temos a questão da vulnerabilidade tratada não somente pela questão de gênero, mas por questões sociais, econômicas, raciais, culturais e de faixa etária. Assim, considera-se essencial pontuar as condições de vida e trabalho, o contexto social em que vivem as mulheres da área geográfica em questão, bem como as mulheres que já correspondem a um grupo populacional vulnerável, seja em contexto dependente por adoecimento ou por condições fisiológicas da idade que comprometem a sua mobilidade e cognição

(LEAL; LOPES, 2006).

Em um estudo que descreveu e analisou a morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre, realizado no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005, com mulheres de 60 anos ou mais, observou-se que na distribuição dos registros segundo o tipo de ocorrência, os agravos mais frequentes foram causados por acidentes domésticos (39%), acidentes com animais domésticos – mordeduras (19%) e maus tratos associados à violência doméstica (15%). Os demais tipos de agravo tiveram como causas acidentes em via pública (12%), acidentes de trânsito (6%); outros tipos de ocorrência, tais como as quedas, a violência sexual, o acidente de trabalho e com animais peçonhentos totalizaram (6%), e os delitos e agressões, (3%) (LEAL; LOPES, 2006).

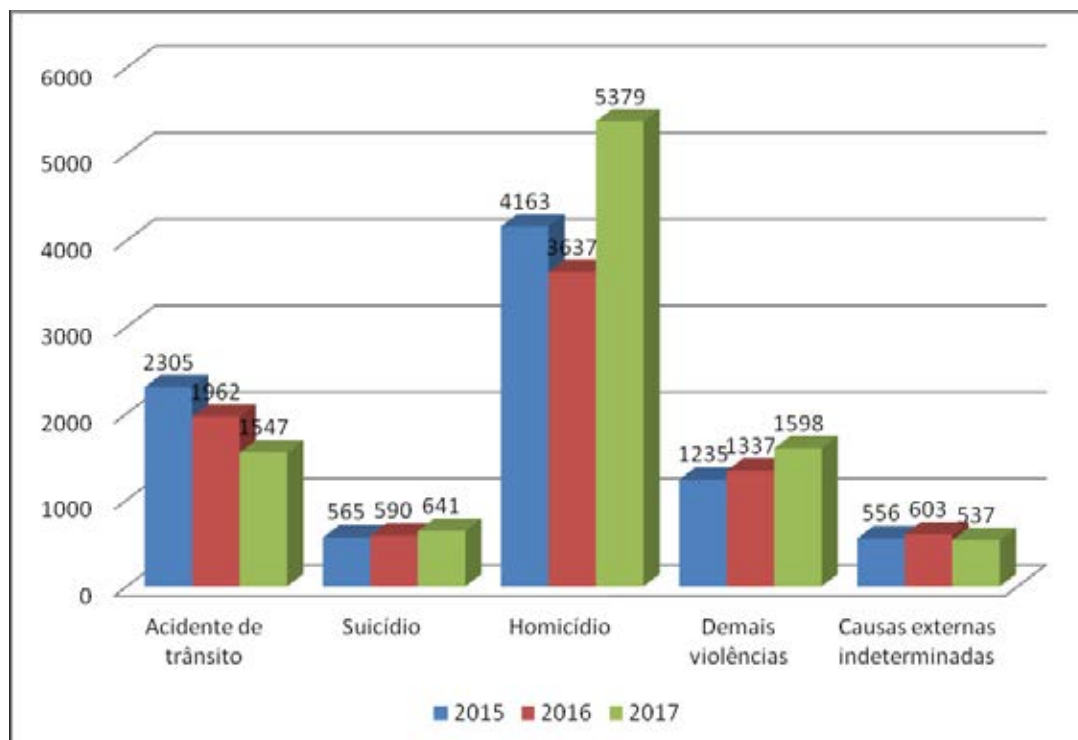
Nesse olhar, a violência doméstica

funciona como um castigo que pretende condicionar o comportamento dessas mulheres, mostrando a elas que não possuem o domínio da própria vida, ou seja, a violência impetrada pelos homens seria uma forma de dissuadi-las da ideia de autonomia, pois na concepção deles, as mulheres devem-lhes subserviência, ideia que há anos as teóricas feministas vêm se opondo (CASSOL; SILVA; DINARTE, 2018).

Violência no Ceará: contexto epidemiológico, político e social

Foram levantadas informações sobre número de óbitos por causas externas entre os anos de 2015 a 2017 no Estado do Ceará, onde ocorreram 9.621 óbitos por causas externas distribuídos nas cinco Macrorregiões de saúde, conforme gráfico 1.

Gráfico 1: Número de óbitos por causas externas no Ceará 2015, 2016 e 2017.

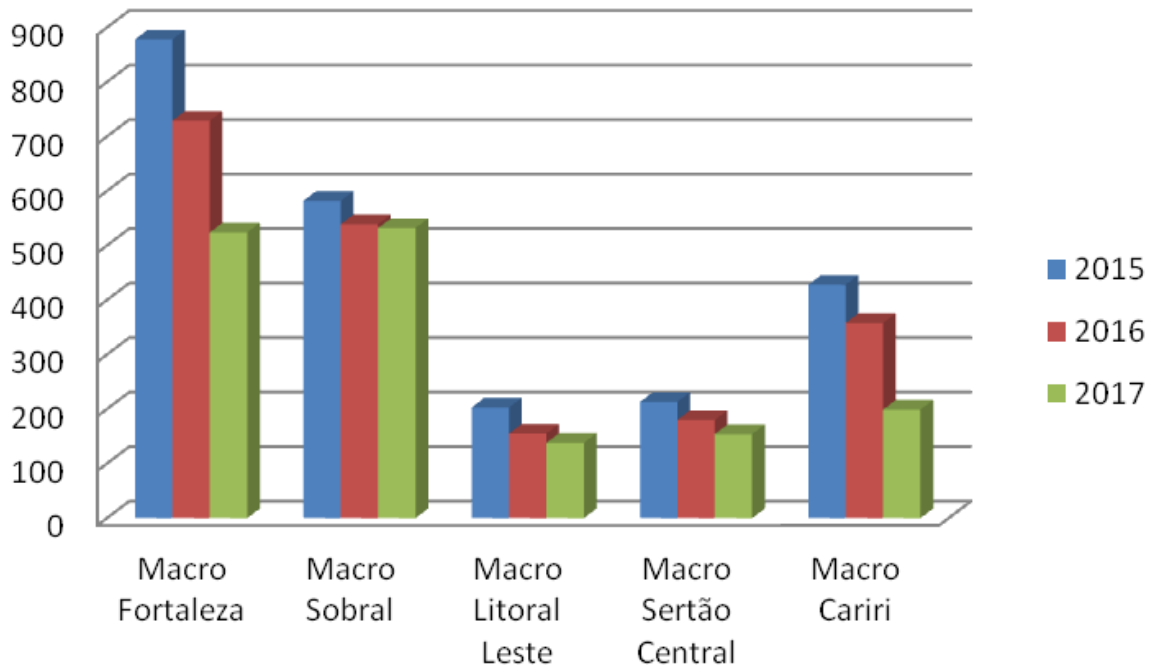


FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

Dentre a violência por acidentes de trânsito, observamos que a macro Sobral mantém o número relativamente constante de mortes nos anos de 2015 a 2017, ao contrário das demais regiões do Estado que

apresentaram pequeno declínio entre os anos. O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

Gráfico 2: Número de óbitos por acidente de trânsito no Ceará, por macrorregião de saúde, 2015, 2016 e 2017.

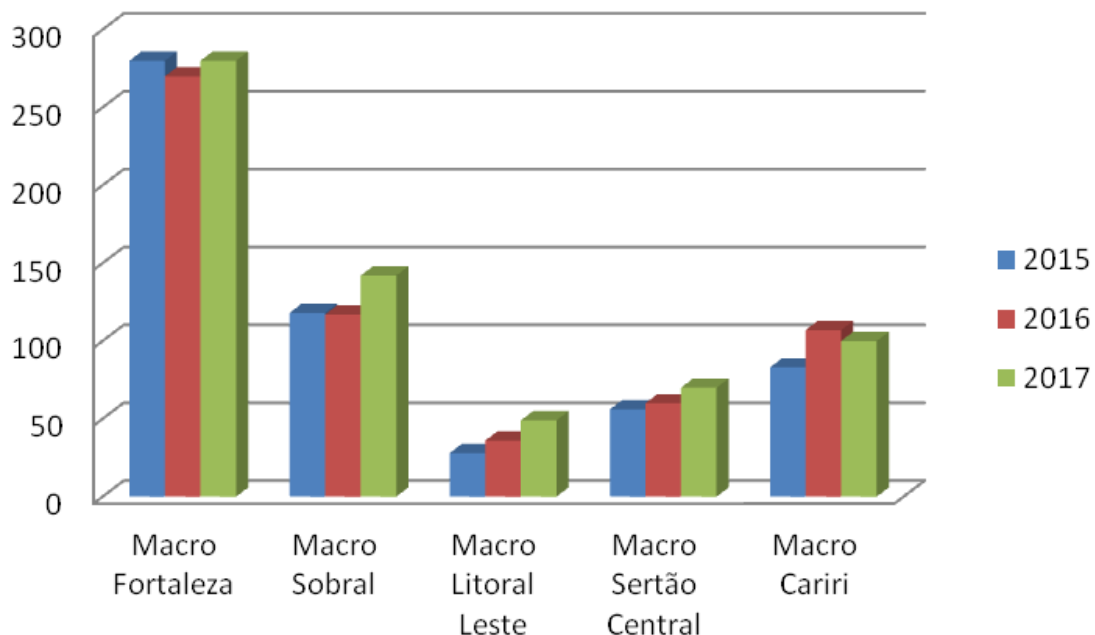


FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

No que se refere ao número de óbitos por suicídio no Ceará, a macrorregião Fortaleza apresentou entre 2015 a

2017 a maior apuração dentre todas as macrorregiões relacionadas.

Gráfico 3: Número de óbitos por suicídio no Ceará, por macrorregião de saúde, 2015, 2016 e 2017.

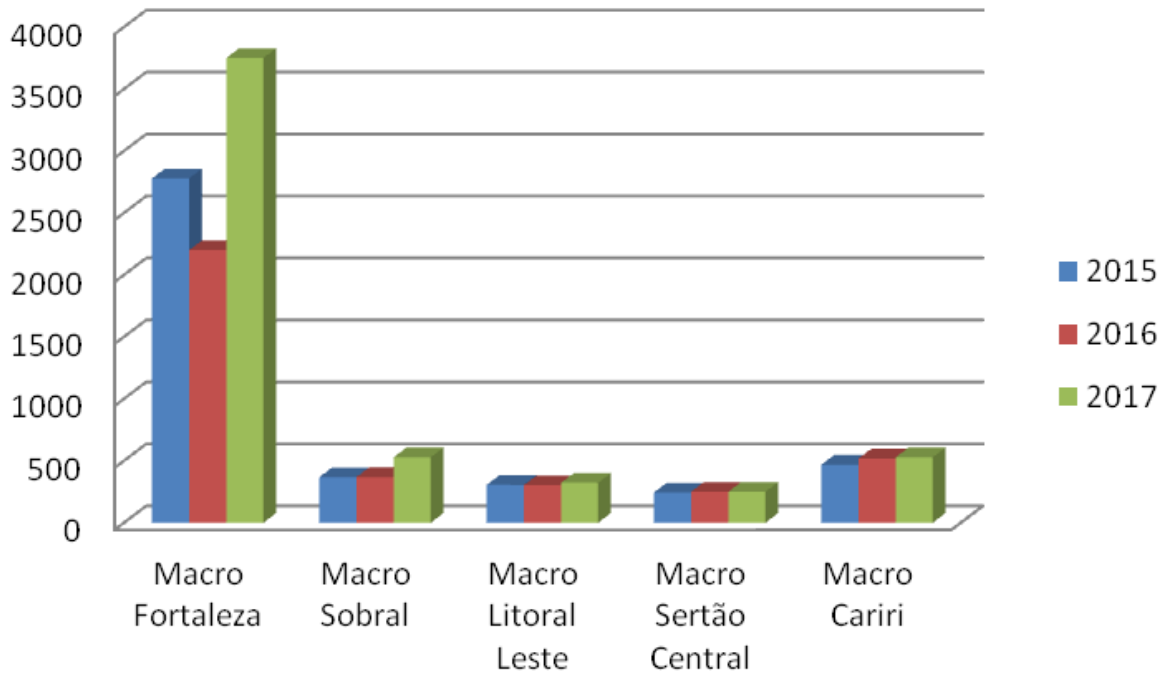


FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

Observa-se a mesma tendência de resultados no que corresponde aos óbitos por homicídios no Ceará. Porém, entre os

anos de 2016 e 2017, na Macro Fortaleza, houve um aumento em mais de 1.000 óbitos de um ano para o outro.

Gráfico 4: Número de óbitos por homicídio no Ceará, por macrorregião de saúde, 2015, 2016 e 2017.

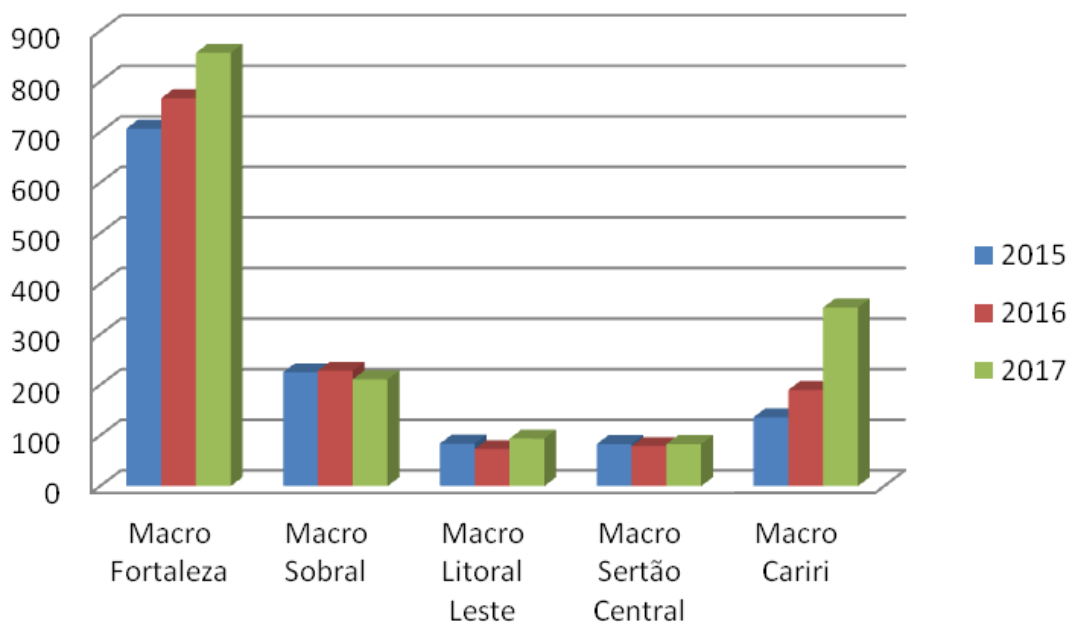


FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

Quanto aos óbitos por demais violências no Ceará, é interessante ressaltar que a Macro Cariri apresentou uma variação em mais de 100 óbitos entre 2016 e 2017,

entretanto, a Macro Fortaleza segue isolada na quantificação de óbitos com números mais elevados quando comparada a outras regiões.

Gráfico 5: Número de óbitos por demais violências no Ceará, por macrorregião de saúde, 2015, 2016 e 2017.

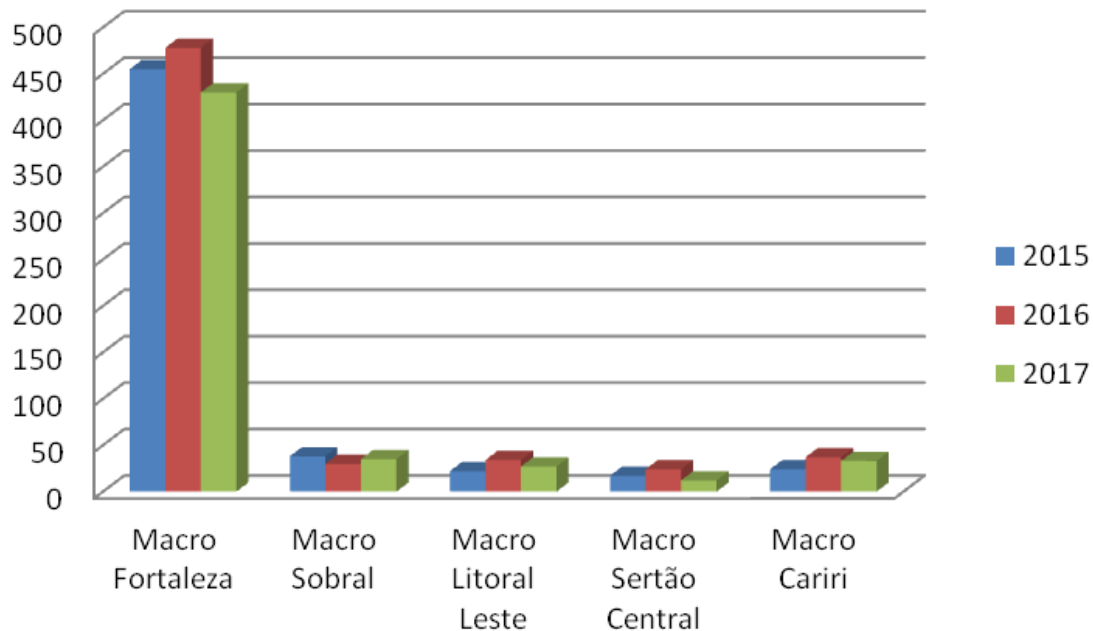


FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

Da mesma forma, a Macro Fortaleza segue isolada quanto ao número de óbitos por causas indeterminadas no Ceará,

enquanto que as demais macrorregiões tiveram seus números abaixo de 50 óbitos durante os anos de 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 6: Número de óbitos por causas indeterminadas no Ceará, por macrorregião de saúde, 2015, 2016 e 2017.



FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUIAS/SIM/2017.

Por fim, em um panorama mais generalista, a violência por causas externas, especificamente, na mulher, sempre esteve arraigada na construção histórica da sociedade, que cada vez mais despoja novas estratégias de enfrentamento para o reconhecimento das diversas formas de violência. Nesse sentido, o conceito de empoderamento, transforma as mulheres em protagonistas de suas vidas, detentoras de autonomia para realizarem escolhas que consigam desconstruir o pensamento anacrônico de inferioridade ao masculino. Com essa perspectiva, as mulheres conseguem defrontar a sociedade que as rege, contra os abusos sofridos havendo, assim, o enfrentamento na redução da violência por causas externas que sejam evitáveis.

REFERÊNCIAS

ARBOIT, J. et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 2p. 506-517, jun., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200506&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: MS; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CASSOL, P. D.; SILVA, M. B. O.; DINARTE, P. V. "A vida mera das obscuras": sobre a vitimização e a criminalização da mulher. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 810-831, jun., 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662018000200810&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 out. 2018.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1087-1094, 2012.

COUTO, V. A. et al. Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. **Rev. Estud.Fem.**, Florianópolis, v. 26, n.2, e45859, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000200221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 out 2018.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro da Segurança Pública 2014 a 2017**. Edição especial 2018. Fórum Brasileiro de Segurança Pública: São Paulo, 2018.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 309-316, set./dez., 2006.

MOURA, E. C. et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 779-788, 2015.

NASCIMENTO, S. G. et al. Causas externas de mortalidade em mulheres grávidas e puérperas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 181-186, mar., 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200181&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out 2018.

SILVA, M. A. et al. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 29, n 2, p.391-396, fev., 2013

SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 22, n. 9, p. 2811-2823, 2017

VIEIRA, R. M. et al. Mortalidade segundo causas externas entre mulheres em idade fértil, no município de Sobral, Ceará. **SANARE**. Sobral, v. 13, n. 2, p. 70-77, dez., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**: summary. Geneva, World Health Organization, 2002.

SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ. **Metodología del ranking (2017) de las 50 ciudades más violentas del mundo**. Ciudad de México, 6 de marzo de 2018. Disponível em: <https://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/prensa/send/6-prensa/242-las-50-ciudades-mas-violentas-del-mundo-2017-metodologia>. Acesso: 10 out 2018.

Realização:



Parceria:



Coordenadoria
Especial de Políticas
Públicas para a Mulher



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Gabinete do Governador



esp.ce.gov.br/cadernosesp | cadernosesp@esp.ce.gov.br